

Held, Frank

Ressourcenorientierte Biografiearbeit und deren Einfluss
auf den Entwicklungs- und Bewältigungsprozess
chronisch psychisch kranker Menschen

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2015

Held, Frank

Ressourcenorientierte Biografiearbeit und deren Einfluss
auf den Entwicklungs- und Bewältigungsprozess
chronisch psychisch kranker Menschen

eingereicht als
BACHELORARBEIT
an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2015

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Dr. phil. Michel C. Hille

Bibliographische Beschreibung:

Held, Frank:

Ressourcenorientierte Biografiearbeit und deren Einfluss auf den Entwicklungs- und Bewältigungsprozess chronisch psychisch kranker Menschen. 44 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Bachelorarbeit, 2015

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der ressourcenorientierten Biografiearbeit und deren Bedeutung für chronisch psychisch kranke Menschen. Es werden die theoretischen Grundlagen einer chronisch psychischen Erkrankung, der Biografiearbeit und der ressourcenorientierten Biografiearbeit mittels Literaturrecherche dargelegt. Die Anforderungen an eine Sozialtherapeutische Wohnstätte für chronisch psychisch kranke Menschen, sowie deren Umsetzung, werden anhand der Konzeption und Praxiserfahrung, aber auch unter Einbeziehung des Qualitätsmanagements dargestellt und im Kontext mit den theoretischen Grundlagen betrachtet.

Inhaltsverzeichnis

	Abkürzungsverzeichnis.....	V
	Abbildungsverzeichnis.....	VI
0	Einleitung.....	1
1	Begriffsdefinitionen	3
1.1	Psychische Störungen.....	3
1.2	Chronifizierung und Folgen einer psychischen Störung	7
1.3	Stigmatisierung psychisch kranker Menschen.....	8
1.4	Biografiearbeit	9
1.4.1	Grundlagen professioneller Biografiearbeit	10
1.4.2	Biografische Dokumentation.....	13
1.4.3	Zugänge für Biografiearbeit	14
1.4.4	Aufbau und Gestaltung einer Beziehung	15
1.4.5	Funktionen und Ziele der Biografiearbeit.....	17
1.5	Ressourcenorientierte Biografiearbeit	20
2	Ressourcenorientierte Biografiearbeit in einer Sozialtherapeutischen Wohnstätte für chronisch psychisch kranke Menschen	22
2.1	AWO Wohnstätten Bad Lausick	22
2.1.1	Kosten- und Leistungsträger	22
2.1.2	Räumliche Gliederung und Kapazität der Wohnstätte	24
2.1.3	Aufnahmekriterien	25
2.1.4	Statistische Auswertung psychischer Störungsbilder	26
2.1.5	Ziele und Aufgaben der Wohnstätte	27
2.1.5.1	Interne Tagesstruktur	28
2.1.5.2	Externe Tagesstruktur	28
2.1.5.3	Freizeitgestaltung	29
2.1.6	Mitbestimmung	30
2.1.7	Personalbedarf	30

2.2	Anwendung und Umsetzung der Verfahrensdokumente und Standards des Qualitätsmanagements unter dem Aspekt der ressourcenorientierten Biografiearbeit.....	31
3	Fazit.....	35
	Anlagen	39
	A-1: Einteilung psychischer Störungen nach ICD-10	40
	Literaturverzeichnis	41
	Erklärung zur selbstständigen Anfertigung	44

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AWO	Arbeiterwohlfahrt
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ebd.	ebenda
etc.	et cetera
f.	folgende
ff.	fort folgende
i.S.	im Sinne
i.V.	in Verbindung
ICD	International Classification of Diseases
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheit, 10. Revision
KSV	Kommunaler Sozialverband
QM	Qualitätsmanagement
SGB IX	Neuntes Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SGB XII	Zwölftes Sozialgesetzbuch
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Psychische Störungsbilder, eigene Darstellung	26
---	----

0 Einleitung

Seit 2006 arbeitet der Autor in einer Sozialtherapeutischen Wohnstätte. In dieser werden Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung mit unterschiedlichem Hilfebedarf betreut und gefördert. Mit der Umsetzung des ersten sächsischen Landespsychiatrieplanes und der Enthospitalisierung chronisch psychisch kranker Menschen wurde 1995/1996 das Gebäude, welches bis 1989 als Kinderheim betrieben wurde, zur Sozialtherapeutischen Wohnstätte umgebaut. Damit übernahm der Träger den Auftrag, bestehende Barrieren in der Bevölkerung zu überwinden, aber auch die Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen. Eine weitere entscheidende Aufgabe ist es, den Klienten die notwendigen Hilfen zur selbstständigen Lebensführung zu gewähren und ein Leben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen.

In dieser Wohnstätte wohnen Menschen des frühen, mittleren und hohen Erwachsenenalters zusammen. 10 von 44 Klienten leben seit Eröffnung in der Wohnstätte. Dieser Personenkreis war bereits vor Umsetzung des ersten Landespsychiatrieplanes dauerhaft in Kliniken untergebracht. Alle Klienten verfügen über unterschiedliche Lebenserfahrungen aus der Vergangenheit, aber auch aus der Gegenwart. Folglich haben sie verschiedene, gesellschaftliche Rahmenbedingungen kennengelernt.

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der ressourcenorientierten Biografiearbeit und deren Bedeutung für chronisch psychisch kranke Menschen auseinander. Insbesondere geht der Autor folgender These nach:

Aufgrund des Paradigmenwechsels, aber auch aufgrund der langjährigen und der zum Teil weit vorangeschrittenen psychischen Erkrankung, möchten die betroffenen Menschen nicht über ihre Lebenserfahrungen aus der Vergangenheit und Gegenwart sprechen.

Des Weiteren geht der Autor dieser Arbeit der Frage nach, inwieweit sich die ressourcenorientierte Biografiearbeit auf den Entwicklungs- und Bewältigungsprozess chronisch psychisch kranker Menschen auswirkt.

Die vorliegende Bachelorarbeit ist in drei Teile gegliedert. Im ersten Teil erfolgt die Definition einer psychischen Störung, deren Chronifizierung und mögliche Folgen. Des Weiteren setzt sich der Autor mit der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen, der Biografiearbeit und ressourcenorientierter Biografiearbeit auseinander. Dazu bedient sich der Autor der Literaturrecherche, welcher ein wesentlicher Bestandteil der Theoriearbeit darstellt. Im Anschluss dessen, stellt der Autor im zweiten Teil eine Sozialtherapeutische Wohnstätte für erwachsene Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung vor und erläutert die Umsetzung der Biografiearbeit. Dahingehend werden die Anforderungen des Qualitätsmanagements näher beschrieben. Die Praxisanalyse stellt in diesem Teil eine besondere Rolle dar und bezieht sich auf die einrichtungsbezogene Recherche und den eigenen Erfahrungen. Im abschließenden, dritten Teil stellt der Autor die Erkenntnisse der Theoriearbeit und die der Praxis gegenüber. Das Fazit beinhaltet die Präsentation des Ergebnisses.

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit die kürzere, männliche Schreibform verwendet. Auf die zusätzliche weibliche Formulierung wurde verzichtet. Der Autor weist ausdrücklich darauf hin, dass sämtliche Personenbezeichnungen für beiderlei Geschlechter gelten und als geschlechtsunabhängig anzusehen sind.

1 Begriffsdefinitionen

Um den Einfluss der ressourcenorientierten Biografiearbeit bei chronisch psychisch kranken Menschen zu beschreiben, werden zunächst einige Begriffe erläutert. Im ersten Teil werden die Begriffe psychische Störung, Chronifizierung einer psychischen Störung, Stigmatisierung, Biografiearbeit und ressourcenorientierte Biografiearbeit definiert. Des Weiteren werden Aufgaben und Ziele der Sozialen Arbeit genannt. Für diese Begriffe existieren unterschiedliche Definitionsmöglichkeiten. Aufgrund dessen, werden die bereits genannten Begriffe in diesem Teil unter dem Gesichtspunkt der praktischen Anwendbarkeit definiert.

1.1 Psychische Störungen

Die Psyche des Menschen stellt die „Gesamtheit des menschlichen Fühlens, Empfindens und Denkens“¹ dar. Psychische Störungen werden auch als seelische Störungen bezeichnet, da das Wort Psyche im Wesentlichen als ein Synonym für das Wort Seele verwendet wird. Nach Schwarzer (2004) sind psychische Erkrankungen „...Störungen des Denkens, des Erlebens, des Fühlens, der Wahrnehmung, der Erinnerung, des Bewusstseins, der Aufmerksamkeit, des Wollens sowie des Verhaltens mit teilweise erheblichen persönlichen und sozialen Auswirkungen für die Betroffenen“². Die Störungen können sich dahingehend ausdrücken, dass der betroffene Mensch klinisch auffallendes Verhalten im Erleben und Verhalten zeigt, unter ihnen subjektiv leidet und infolge dessen in einzelnen oder mehreren Funktionsbereichen eine Leistungseinschränkung im Sinne eines Unvermögens beziehungsweise des nicht mehr Könnens aufweist. „Psychischen Erkrankungen liegen meist mehrere Ursachen (multifaktoriell) zu Grunde. Neben genetischen Faktoren und körperlichen Erkrankungen können aktuelle Lebensereignisse und Lebenssituationen, zurückliegende belastende Ereignisse, seelische Konflikte und zwischenmenschliche Spannungen die Entwicklung einer psychischen Störung fördern. Häufig sind Störungen des Gehirnstoffwechsels und Veränderungen der Gehirnsubstanz an deren Entste-

¹ Dudenverlag, Bibliographisches Institut GmbH, 2014

² Schwarzer, 2004, S. 205

hung beteiligt“³. Gegenüber körperlichen Krankheitssymptomen können psychische Störungen nur bedingt auf den ersten Blick beurteilt werden, weil sich die Störungen nicht immer als offenkundig und messbar darstellen. Um abweichende Verhaltensweisen eines Menschen mit einer möglichen psychischen Erkrankung festzustellen oder auszuschließen, bedarf es einer sorgfältigen Diagnostik. Zur Diagnostik wird ein Erstgespräch (Anamnese) durchgeführt. Dagegen werden das Verhalten und der Ausdruck beobachtet. Eine Fremdanamnese kann zusätzlich erforderlich sein, wenn der betroffene Mensch zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Angaben macht oder seine Angaben, krankheitsbedingt, verwirrt und unrealistisch erscheinen. Um mögliche organische Ursachen für die psychischen Auffälligkeiten auszuschließen beziehungsweise deren Auffälligkeiten damit begründet werden können, ist eine körperliche medizinische Untersuchung unabdingbar.⁴ „Die Erhebung des psychischen Befundes konzentriert sich zunächst auf die gegenwärtige psychische Verfassung des Menschen: hier sind von Bedeutung äußeres Erscheinungsbild, Verhalten im Kontakt, sprachliche Äußerungen, die Bewusstseinslage und die Orientierungsfähigkeit (zur Zeit, zum Ort, zur eigenen Person), das Gedächtnis und die Merkfähigkeit, die Konzentrationsfähigkeit, die Aufmerksamkeit, die Stimmungslage und natürlich Form und Inhalt der Gedanken. Darüber hinaus benötigt der Untersucher Informationen über körperliche und psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte (Eigenanamnese), über Erkrankungen in der Herkunftsfamilie (Familienanamnese) und über die soziale Biografie und die aktuelle Lebenssituation insbesondere unter Berücksichtigung der finanziellen, familiären, beruflichen und wohnlichen Situation (Sozialanamnese)“⁵. Nach Abschluss der Diagnostik stellt der Facharzt eine Diagnose, welche eine allgemeingültige Krankheitsbeschreibung und Bezeichnung darstellt. Es ist zu beachten, dass eine psychiatrische Diagnose die gesamte psychopathologische Situation im psychosozialen Kontext betrachtet und nicht auf einen einzelnen Aspekt beruht. Für eine einheitliche und reproduzierbare Einordnung von Krankheiten nach ihren Symptomen, aber auch für die Verschlüsselung von Diagnosen stehen weltweit unterschiedliche Klassifikationssysteme zur Verfügung. Die Systeme

³ Neurologen und Psychiater im Netz, 2014

⁴ Vgl. Schwarzer, 2004, S. 209

⁵ Ebd. S. 209

unterstehen einer ständigen Weiterentwicklung und müssen je nach wissenschaftlichem Kenntnisstand weiterentwickelt und aktualisiert werden. Ein angewandtes Klassifikationssystem zur Systematisierung von Diagnosen stellt die ICD (International Classification of Diseases) der Weltgesundheitsorganisation dar. Aufgrund dessen, dass die ICD in der 10. Revision vorliegt, wird diese mit ICD-10 bezeichnet. Die ICD-10-WHO wird vorwiegend in Deutschland für die Todesursachenverschlüsselung angewandt. Die für das deutsche Gesundheitswesen anzuwendende Klassifikation heißt ICD-10-GM. GM bedeutet German Modification und stellt eine angepasste Fassung der ICD-10-WHO dar. Im 5. Kapitel (V) F des ICD-10-GM Version 2015 werden „Psychische und Verhaltensstörungen“⁶ anhand der Symptome und Verlaufsmerkmale abgebildet. Auf eine Ursachenzuschreibung wird weitgehend verzichtet. Im Kapitel V der ICD-10-GM spricht man nunmehr von Störungen und nicht mehr von Krankheiten. Dieser Erkenntnis liegt die Annahme zu Grunde, dass das Empfinden oder Verhalten eines Menschen selbst niemals krank, aber aufgrund einer psychischen Störung sehr stark verändert sein kann. Des Weiteren stellt der Begriff Störung für die Betroffenen, im Sinne von Stigmatisierung, sich als wertneutraler heraus, als der Begriff Krankheit. In der Anlage A-1: Einteilung psychischer Störungen nach ICD-10 ist das Kapitel V abgebildet. Die Diagnosestellung muss mit größter Sorgfalt vorgenommen werden. „So kann etwa die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ nur vergeben werden, wenn sich in verschiedenen Lebensbereichen ständig auffällige und unpassende Verhaltensmuster zeigen, die bereits in Kindheit oder Jugend zu beobachten waren, sich aber erst im Erwachsenenalter dauerhaft manifestieren. Zudem reicht es nicht aus, dass sich die Person anders verhält als ihre Umwelt es für angemessen oder wünschenswert erachtet. In der ICD-10 heißt es dazu: „Soziale Abweichung oder soziale Konflikte allein, ohne persönliche Beeinträchtigungen, sollten nicht als psychische Störung im hier definierten Sinne angesehen werden“⁷. Ergänzend angeführt wird: „Auch für die Diagnose Demenz muss gesichert sein, dass eine bedeutende Beeinträchtigung der Aktivität und des täglichen Lebens vorliegt und zudem die Leistungsverluste nicht durch Altersdepression, körperliche Hinfälligkeit oder andere Krankheiten, etwa eine Schilddrüsenunterfunktion, verursacht werden.

⁶ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2014

⁷ Petry, Schulte zu Sodingen, Kreutzkamp, Werner, & Heinze, 2011, S. 17

Demenzen sind auch ein Beispiel dafür, wie groß die Überschneidung zwischen psychischen und neurologischen Erkrankungen ist. Viele Erkrankungen des Nervensystems, etwa die Parkinsonkrankheit oder Multiple Sklerose, können mit Demenz oder schwerer Depression einhergehen. Zugleich äußern sich Krankheiten mit seelischer Entstehungsgeschichte manchmal mit neurologischen Symptomen: bei den sogenannten dissoziativen Störungen beispielsweise in Form eines zum Teil nur vorübergehenden Gedächtnisverlustes. Diese Komplexität hat häufig auch Doppeldiagnosen zur Folge. Denn Überschneidungen kommen nicht nur zwischen psychischen und neurologischen Erkrankungen vor, sondern auch innerhalb des Spektrums psychischer Erkrankungen⁸. Ein weiteres Klassifikationssystem, welches die Amerikanische Psychiatische Vereinigung in den USA veröffentlicht, heißt DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Das DSM liegt derzeit in der 5. Ausfertigung (DSM V) vor. Das DSM V verzichtet, ebenso wie der ICD-10, auf eine Ursachenzuschreibung psychischer Erkrankungen. Allerdings beschreibt das DSM V auf mehreren Ebenen, auch Achsen genannt, psychische Störungen, psychosoziale Belastungsfaktoren und das psychosoziale Funktionsniveau. In Deutschland findet dieses Klassifikationssystem keine Anwendung, dennoch hat es überwiegend im Bereich der Psychiatrie an Bedeutung erlangt. „Entsprechend der komplexen Entstehung (Genese) von psychischen Erkrankungen und Störungen sind Therapie und Rehabilitation mehrdimensional ausgerichtet - in Form eines vernetzten Systems ambulanter, stationärer, teilstationärer und weiterer übergreifender Versorgungseinrichtungen. Eine optimale Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen erfordert die Koordination und Kooperation mit Gebieten wie der Neurologie und ähnlichen Disziplinen, der psychosomatischen Medizin, der Allgemeinmedizin, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der klinischen Psychologie. Darüber hinaus ist das Wissen aktueller neurobiologischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse erforderlich“⁹. Die Psychotherapie, Pharmakotherapie und weitere Therapiemöglichkeiten wie zum Beispiel Ergotherapie, Kunsttherapie, Soziotherapie werden in der Behandlung psychischer Störungen eingesetzt. Die Therapieauswahl ist eine Einzelfallentscheidung und auch davon abhängig,

⁸ Petry, Schulte zu Sodingen, Kreutzkamp, Werner, & Heinze, 2011, S. 17

⁹ Neurologen und Psychiater im Netz, 2014

welche Störung vorliegt und inwieweit der Betroffene die ihm angebotenen Therapien akzeptiert.

1.2 Chronifizierung und Folgen einer psychischen Störung

Der Begriff chronisch bezieht sich auf die Dauer der Erkrankung und besagt zunächst noch nichts über die Auswirkungen der dauerhaften Erkrankung aus. Diesbezüglich ist festzustellen, dass das Sozialrecht keine eindeutige Definition einer chronischen Krankheit vorsieht. Im medizinischen Kontext spricht man von einer akuten Erkrankung mit einer maximalen Dauer von vierzehn Tagen. Anhaltende, aber auch schubweise auftretende Krankheitsverläufe, die über vier Wochen und länger hinaus andauern, werden in der Medizin als chronisch bezeichnet. Ferner gibt es verschiedene Formen von chronischen Erkrankungen. Beispielhaft gehe ich auf folgende Verlaufsformen näher ein. Zum einen gibt es die subchronische Krankheit. Diese liegt vor, wenn die Symptome nur schwach zur Geltung kommen. Zum anderen gibt es die chronisch-progrediente, also chronisch fortschreitende Verlaufsform. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass eine ausgeprägte Symptomatik vorliegt. Im weiteren Verlauf der Krankheit nimmt diese stärker zu und wird als lang anhaltend beschrieben. Eine dritte mögliche Verlaufsform nennt man prolongierte Krankheit. Diese kennzeichnet eine überdurchschnittlich langanhaltende Krankheitsgeschichte.¹⁰ Fuchs beschreibt die chronische Krankheit im Sinne des Sozialrechtes folgendermaßen: „Das Recht der Krankenversicherung enthält keine Definition von chronischer Krankheit, sieht aber für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden chronischen Krankheit in Dauerbehandlung sind, eine geringere Zuzahlung vor (§ 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Nach § 1 der diesbezüglichen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 SGB V) ist eine Krankheit im Sinne des § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Das umschreibt allerdings jedwede Krankheit, nicht nur die bereits chronisch gewordene. Nach § 2 ist eine Krankheit schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und bei dem Patienten weitere Merkmale bezogen auf den Grad der Pfl-

¹⁰ Vgl. Gräber, René, 2011

gebedürftigkeit, den Grad der Behinderung vorliegen oder eine Versorgung zur Vermeidung einer lebensbedrohlichen Verschlimmerung, einer Verminderung der Lebenserwartung oder einer dauerhaften Beeinträchtigung der Lebensqualität erforderlich ist. Damit könnte im Umkehrschluss eine chronische Krankheit auch schon bei einer Behandlungsdauer von weniger als einem Jahr und einer geringeren Behandlungsdichte angenommen werden, weil eine Dauerbehandlung von mindestens einem Jahr in Verbindung mit den weitergehenden Kriterien bereits als schwerwiegend chronische Erkrankung definiert wird¹¹. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine chronisch psychische Erkrankung vorliegt, wenn sich die psychische Störung langsam entwickelt beziehungsweise immer wiederkehrend auftritt und über einen längeren oder lebenslangen Zeitraum anhält. Dabei wird diese Art von Erkrankung als schwer heilbar eingestuft. In Folge des chronischen beziehungsweise schweren Krankheitsverlaufes sind psychisch kranke Menschen neben den psychischen Beschwerden auch von persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen betroffen. Insbesondere ist die Teilhabe am sozialen Leben in der Gesellschaft deutlich erschwert. Einschränkungen gibt es in verschiedenen Lebensbereichen wie zum Beispiel Familie, Ausbildung / Beruf und Freizeit. Aufgrund der schweren psychischen Erkrankung sind die betroffenen Menschen kaum beziehungsweise nicht mehr in der Lage, bestimmte Erwartungen, die sich aus den verschiedenen Rollenbildern (z.B. Arbeitnehmer, Kollege, Elternteil, Freund usw.) ergeben, zu erfüllen. Alltagsanforderungen können mitunter kaum noch selbstständig beziehungsweise nur mit großen Bemühungen, in Bezug auf Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit, bewältigt werden.

1.3 Stigmatisierung psychisch kranker Menschen

Psychisch kranke Menschen werden infolge des Andersseins, nicht der gegenwärtig gesellschaftlichen Norm entsprechend, als „Irre“ etikettiert, aber auch als gewalttätig, undiszipliniert, arbeitsscheu und unberechenbar. Die negative Zuschreibung eines oder mehrerer Merkmale, welche nicht immer erkennbar sein müssen, lässt eine soziale Randgruppe entstehen, die von den Betroffenen selbst nicht beeinflusst werden kann. Die Familie, Freunde und Bekannte wen-

¹¹ Fuchs, 2006, S. 1

den sich oftmals aus Angst und Betroffenheit von den Erkrankten ab. Das soziale Netzwerk ist nicht mehr vorhanden, sodass sie auf sich selbst gestellt sind und somit bereits aus dem gesellschaftlichen Leben ausgegrenzt werden. Zudem folgt, dass psychisch kranke Menschen einer negativen Stigmatisierung und Diskriminierung in unserer Gesellschaft ausgesetzt sind. Daraus ergibt sich, dass die Stigmatisierung auch als zweite Krankheit benannt werden kann, da sie für den Erkrankten eine gravierende zusätzliche Belastung darstellt. Die Betroffenen selbst fühlen sich infolge unterschiedlicher, sozialrechtlicher und medizinischer Einordnungen von der Gesellschaft ausgegrenzt. Dies wiederum hat zur Folge, dass betroffene Menschen bei ersten psychischen Beschwerden oder einer Veränderung der Verhaltensweisen den Facharzt nicht oder deutlich zu spät aufsuchen. In Folge der Ausgrenzung erlebt sich der Stigmatisierte als defizitär und entwickelt, wie bereits erwähnt, passive Reaktionsvarianten in Form von Selbstmitleid bis hin zum Suizid. Die Integration psychisch kranker Menschen in die Gesellschaft ist nur dann erfolgreich, wenn die beschriebene Angst und Unwissenheit durch das schrittweise Annähern von Bürgern und psychisch kranken Menschen und entsprechender Aufklärungsarbeit aller beteiligten Akteure erfolgt.

1.4 Biografiearbeit

Geschichten des Lebens begleiten den Menschen ein Leben lang. Es sind die kleinen, kaum wahrnehmbaren, die großen, eindrucksvollen, aber auch die leidvollen und grausamen Geschichten die sich von der Geburt bis zum Tod eines Menschen ereignen. Die Geschichten sind hörbar und erzählbar und werden als Erinnerungen mündlich oder schriftlich weitergegeben. Ein Beispiel dafür, stellen die veröffentlichten Autobiografien verschiedener Menschen dar. In diesen werden Lebenserinnerungen veröffentlicht und zeigen Stationen eines Menschen während seines Lebens. Das Interesse an der Veröffentlichung der persönlichen Erinnerungen kann aus verschiedenen Gründen resultieren. Ob der Autor der Biografie die eigenen Stationen des Lebens selbst verstehen und beurteilen oder anderen Menschen den erfolgreich gegangenen Weg als Hilfe für die Bewältigung von Krisen aufzeigen möchte? Dies kann nur der Autor selbst beantworten. Und dennoch ist das Interesse und die Teilhabe an eben diesen

fremden Geschichten so interessant und wichtig, denn über das Mitempfinden am Schicksal anderer Menschen kann der Lesende selbst Hoffnung, Mut und Zuversicht gewinnen. Des Weiteren kann der Autor der autobiografischen Veröffentlichung als Vorbild angesehen werden und helfen, Ängste und Unsicherheiten abzubauen, aber auch den positiven Umgang mit einer Krankheit fördern. Nicht nur infolge des hier dargelegten Beispiels setzen sich Menschen mit ihrer eigenen Lebensgeschichte auseinander. Die Gestaltung der eigenen Geschichte, in Form von Erzählungen, stellt einen wesentlichen Teil der Entwicklung eines Menschen dar und kann einen wertvollen Beitrag zum seelischen Wohlbefinden darstellen.¹² Geschichten und Erzählungen des Lebens werden als Identität stiftende Elemente verstanden. In diese fließen die Erfahrungen und die Bewertungen der Erfahrungen aus sozialen Netzwerken und Sozialen Welten ein.¹³ „Erzähltes, erinnertes, dokumentiertes Leben macht biografisch Erlebtes reflektierbar, teilbar mit Anderen, eröffnet die Chance zu verarbeiten, neu zu bewerten, neue Deutungsfolien aufzulegen und damit fühlbare, lebendige Lebenskontinuität zu sichern“¹⁴.

1.4.1 Grundlagen professioneller Biografiearbeit

Die professionelle Biografiearbeit basiert während des gesamten, beratenden beziehungsweise betreuenden Prozesses auf einer strukturierten Methode. Beratende oder betreuende Prozesse finden in vielen, verschiedenen Bereichen der Sozialen Arbeit statt. Biografiearbeit kann in allen Lebensphasen erfolgen und angewandt werden. Dadurch schafft die Biografiearbeit im Kontext Sozialer Arbeit Möglichkeiten, die Lebenssituation des Betreffenden als vertraut, sowie umfassend zu verstehen und verbessern zu können. Des Weiteren kann über die Biografiearbeit Klarheit über die eigene Betrachtungsweise, deren Zugänge und die Einstellung zum Leben erreicht werden.¹⁵ Eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung der Biografiearbeit stellt an die professionellen Fachkräfte den Anspruch des fundierten Fachwissens. Dieses beinhaltet insbesondere, die Anwendung möglicher Zugänge, die Methodenkenntnis, die Funktio-

¹² Vgl. Specht-Tomann, 2009, S. 2 ff.

¹³ Vgl. Hölzle & Jansen, 2009, S. 22

¹⁴ Hölzle & Jansen, 2009, S. 23

¹⁵ Hölzle & Jansen, 2009, S. 32 f.

nen und die Ziele der Biografiearbeit und nicht zuletzt die biografiegeleitete Kommunikation. Zudem ist es erforderlich, dass die Fachkräfte regelmäßig an Schulungen und Weiterbildungen teilnehmen. Hölzle definiert den Begriff Biografiearbeit wie folgt: „Der Begriff „Biografiearbeit“ wird im professionellen Kontext in zweifacher Hinsicht verwendet (vgl. Klingenberger 2003). Biografiearbeit meint zum einen die Beschäftigung und Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte – die „biografische Selbstreflexion“ (vgl. Gudjons et al. 2008, S. 13), zum anderen die Anleitung und aktive Gestaltung des biografischen Arbeitens mit Individuen und Gruppen“¹⁶. Jansen stellt im Kontext der Sozialen Arbeit fest, dass insbesondere die Biografiearbeit eingesetzt wird, „...zur systematischen biografischen Unterstützung von Menschen, die aufgrund einer ressourcenarmen Lebenslage, einer Krise, eines gesellschaftlichen Ausschlusses, einer besonders prekären Lebenssituation Unterstützung beim lebendigen Gestalten ihrer Biografie benötigen und zwar unter Anerkennung ihrer jeweiligen Sozialen Wirklichkeit mit der sie biografisch verwoben sind. Ein Aufwachsen ohne hinreichende Anerkennung, unter deklassierten Lebensbedingungen, in ressourcenarmen sozialen Netzwerken erschweren oder verhindern es, eine tragfähige Identität verbunden mit Selbstwert, Anerkennung und Wirksamkeit zu entwickeln“¹⁷. Hölzle differenziert zunächst die professionelle Biografiearbeit von der biografischen Selbstreflexion, sieht in dieser aber eine Ergänzung und stellt dahingehend fest, dass in „...Abgrenzung und Ergänzung zur „intuitiven“ biografischen Selbstreflexion, die laufend stattfindet, hat professionelle Biografiearbeit im Kontext Sozialer Arbeit das Ziel, solche Menschen in ihrer Entwicklung, ihrer Lebensbewältigung, Lebensführung und Lebensplanung zu unterstützen, deren Ausgangsbedingungen für die eigenständige Gestaltung der Biografie erschwert sind“¹⁸. Nach Hölzle können folgende Aufzählungen, Anlässe für eine Biografiearbeit darstellen:

- „der Verlust oder die Trennung von der Ursprungsfamilie und wichtigen Bezugspersonen, z.B. bei Pflege- und Adoptivkindern

¹⁶ Hölzle & Jansen, 2009, S. 31

¹⁷ Hölzle & Jansen, 2009, S. 24

¹⁸ Hölzle & Jansen, 2009, S. 32

- einschneidende und traumatisierende Lebensereignisse, die einen Verlust vertrauter Menschen, Orte und Lebensverhältnisse mit sich bringen, z.B. Migration, Flucht und Vertreibung
- Behinderung, Alter, chronische und dementielle Erkrankungen
- Lebensverhältnisse, die – geprägt durch Armut, Vernachlässigung und mangelnden Zugang zu entwicklungsförderlichen Ressourcen – die Lebensplanung erschweren¹⁹

Die biografischen Gesichtspunkte und lebensgeschichtlichen Gespräche stellen unter anderen einen Teilaspekt der therapeutischen Unterstützung dar. Bei der Biografiearbeit handelt es sich aber nicht um ein therapeutisches Handeln, denn ein wesentliches Unterscheidungszeichen ist das Fehlen eines therapeutischen Settings und die zurückhaltende Position der professionellen Fachkraft, da diese aus ihrem Auftrag heraus weder interpretierend noch therapeutisch intervenierend agiert.²⁰ Zudem kommt, dass die Betroffenen ihre Lebensgeschichte selbst interpretieren. Sie nehmen durch bestimmte angeleitete Übungen ihr eigenes Leben in den Blick, so dass sie vereinzelte Fakten aus ihrer Biografie begreifbarer verstehen und bewältigen können als bisher. Dieser Prozess ist für die weitere Lebensgestaltung von positivem Nutzen. Im Kontext professioneller Sozialer Arbeit betont Jansen, dass insbesondere das bewusste Einsetzen von Biografiearbeit als Perspektive und als methodischer, intersubjektiver Zugang, die Würdigung des Erzählenden in seiner ganzen biografischen Figur, sowie die Anerkennung des biografischen Gewordenseins, erfordert.²¹ In der Sozialen Arbeit ist Biografiearbeit „...immer partizipativ, dialogisch und kooperativ angelegt und darauf ausgerichtet, gemeinsam mit den KlientInnen einen verstehenden Zugang zu ihrem Erleben und ihrer Lebensbewältigung unter Einbeziehung relevanter biografischer, kultureller und politischer Ereignisse sowie ihrer bisherigen und aktuellen Lebenswelt zu entwickeln“²². Infolgedessen, dass Biografiearbeit immer in der Gegenwart ihren Ausgangspunkt einnimmt, kann sie sich auf drei zeitlich, einzuordnende Blickwinkel beziehen. Zurückblickend wird das Bewältigte in der Vergangenheit (retrospektiv) und das

¹⁹ Hölzle & Jansen, 2009, S. 32

²⁰ Vgl. Specht-Tomann, 2009, S. 4

²¹ Vgl. Hölzle & Jansen, 2009, S. 26

²² Hölzle & Jansen, 2009, S. 33

Erleben der Gegenwart und vorausblickend das Ausrichten der Zukunft (prospektiv) betrachtet. Dahingehend wird sich in der Regel auf größere, zeitliche Abschnitte der Vergangenheit oder der Zukunft bezogen.²³ Hervorzuheben ist, dass „...jeweils eine aktuelle Fragestellung, ein aktueller Anlass den Blick in die Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft strukturiert. Die bisher bekannteste Form der Biografiearbeit ist dem Lebensrückblick („life review“) gewidmet. Als Erinnerungsarbeit wird die bewusste Rekonstruktion und Verarbeitung von Erinnerungen und Erfahrungen bezeichnet. Sie dient der Erklärung, Bewältigung und Integration von Erfahrungen (vgl. Kerkhoff/Halbach 2002, Klingenberger 2003)“²⁴.

1.4.2 Biografische Dokumentation

Die eigene Lebensgeschichte darzustellen, kann des Weiteren über Fotografien erfolgen. Diese Form der Mitteilung wird als biografische Dokumentation bezeichnet. „Das am meisten verbreitete persönliche Dokument der Biografie, das klassische Familienalbum, spiegelt die Auswahl- und Gestaltungsprozesse, die bereits bei der Speicherung von Informationen im autobiografischen Gedächtnis eine wichtige Rolle spielen. Das Erinnerungsalbum enthält, wie das autobiografische Gedächtnis, in der Regel nicht den wiederkehrenden Alltag, sondern die besonderen Situationen (vgl. Markowitsch/Welzer 2005, Pohl 2007) wie Geburtstage, Familienfeiern, Urlaube, Schuleintritt, erfolgreiche Prüfungen, religiöse Initiationsrituale wie Kommunion und Konfirmation, Hochzeit, die Geburt der Kinder und andere markante Lebensveränderungen“²⁵. Diese sind nach Hölzle: „Leicht erinnerbar, dokumentierbar und leicht vorzeigbar sind dabei außergewöhnliche, positive und schöne Erinnerungen, die das Individuum mit Freude, Glücksgefühlen und Stolz erfüllen...“²⁶. Mit alltäglichen Situationen und/oder leidvollen und grausamen Erfahrungen setzen sich die Menschen in der Regel nicht auseinander beziehungsweise werden diese in Folge dessen nicht dokumentiert. Hölzle stellt dahingehend weiterhin fest, dass „...Erfahrungen und Erinnerungen, die mit Orientierungslosigkeit, Leid, Gewalt, Entbehrung, Krankheit,

²³ Vgl. Hölzle & Jansen, 2009, S. 33

²⁴ Hölzle & Jansen, 2009, S. 33

²⁵ Hölzle & Jansen, 2009, S. 34

²⁶ Ebd. S. 34

Misshandlung, eigenem Fehlverhalten und Schuld, Verlust oder Tod verknüpft sind“²⁷ es vielfach schwerer fällt, „...sie zu erinnern, zu bewältigen, wie auch sie zu dokumentieren und als Teil der eigenen Lebensgeschichte zu akzeptieren“²⁸.

1.4.3 Zugänge für Biografiearbeit

In der Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte eines Menschen, im Sinne der professionellen Biografiearbeit, stehen unterschiedliche Zugänge zur Verfügung. Ein Zugang stellt die Orientierung an Fakten und Beobachtungen dar. Der von außen gerichtete Blick, orientiert sich an harten Daten. Das Geburtsdatum, der Familienstand, die Persönlichkeitsmerkmale eines Menschen und die Religionszugehörigkeit stellen Beispiele dafür dar. Infolge zielgerichteter Nachfragen oder intensiven Nachforschens, können weitere zusätzliche Informationen gewonnen werden, welche die harten Daten ergänzen und somit eine Biografie entstehen lässt. Die Arbeit mit harten Daten findet sich beispielsweise in sozialen Einrichtungen, in Form standardisierter Biografiebögen, wieder. Weitere Zusatzinformationen können in diesen Bögen von Familienmitgliedern usw. ergänzt, aber auch korrigiert werden. Eine weitere, wesentliche Möglichkeit sich der Biografie eines Menschen anzunähern, besteht darin, sich an subjektiven Berichten des Erzählenden zu orientieren. Der nach innen gerichtete Blick, welcher sich an den weichen Daten orientiert, erfordert die Abwendung von der Erfassung harten Daten und eine Hinwendung zum inneren Erleben des Betreffenden. Infolge der individuellen Erzählweise kann der Betreffende seine Geschichten in der Reihenfolge erzählen, für die er sie selbst als erwähnenswert hält. Somit sind diese Lebensgeschichten zunächst nicht immer chronologisch sortiert und es werden nur die Erlebnisse und Erfahrungen weitergegeben, die der Erzählende selbst zur Sprache bringt. Die von Außenstehenden geäußerten, wichtigen und markanten Ereignisse, werden nur bedingt oder gar nicht erwähnt. Andere Erlebnisse werden vertieft und ausführlich beschrieben.²⁹ Eine daraus resultierende Aufgabe der professionellen Fachkraft besteht darin, „...Bedingungen zu schaffen, die es der Klientel ermöglicht über sich selbst er-

²⁷ Vgl. Hölzle & Jansen, 2009, S. 34

²⁸ Ebd. S. 34

²⁹ Vgl. Specht-Tomann, 2009, S. 6

zählend in einen lebendigen Kontakt mit sich selbst und Anderen zu gelangen. In diesem Selbstbezug und in der Erfahrung der Resonanzen der Anderen können neue, stimmige Relationen im Blick auf biografische Verläufe entstehen und sich erweiterte Gestaltungsvarianten eröffnen“³⁰.

1.4.4 Aufbau und Gestaltung einer Beziehung

Um einen möglichst kooperativen, gleichberechtigten und belastbaren Beziehungsaufbau zwischen dem Klienten und der professionellen Fachkraft herzustellen, bedarf es als Wichtigstes, der Kontaktaufnahme und deren weiteren, individuellen, langanhaltenden Ausgestaltung des Kontaktes. Außerdem stellt die Herstellung des Beziehungsaufbaus zwischen den Menschen eine bedeutende Herausforderung dar, denn oftmals empfinden die Klienten, aufgrund ihrer erlebten, biografischen Vergangenheit „...Gefühle von Feindseligkeit, Misstrauen und Wut...“³¹ gegenüber anderen, zunächst fremden Menschen. Zudem kommt, dass sie sich vor erneutem Frustrationserleben schützen möchten. In dem Aufbau und in der Gestaltung von Beziehungen liegen differenzierte Konzepte, aufgrund der unterschiedlichen Lebensaltersstufen, vor. „Kreative, ressourcenorientierte Biografiearbeit erscheint in den meisten Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit geeignet Kontakt zu schaffen, Begegnung zu ermöglichen und Beziehung zu stiften, weil in diesem Ansatz drei Bezugsgrößen zusammen wirken, die Voraussetzung, Ermöglichung und Unterstützung von Kontakt und Beziehung im professionellen Setting bedeuten“³². Die erste mögliche Form eines Beziehungsaufbaues stellt die biografische Perspektive des Verstehens dar. Dabei kann eine reelle Kontaktaufnahme und eine Begegnung nur erfolgen, wenn die Fachkraft an der Biografie interessiert ist, diese auch wirklich kennen zu lernen, dass heißt es muss ein Interesse für den biografischen Hintergrund vorhanden sein und derjenige muss es auch zulassen können. „...sich berühren zu lassen und Anteil zu nehmen an den gelebten Zeitqualitäten“³³. Der kreative Zugang zur Lebensgeschichte stellt eine weitere Form des Beziehungsaufbaues dar. Dabei steht die Arbeit mit kreativen Medien im Dienst der

³⁰ Hölzle & Jansen, 2009, S. 24

³¹ Hölzle & Jansen, 2009, S. 55

³² Hölzle & Jansen, 2009, S. 56

³³ Ebd. S. 56

Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung. Es stehen insgesamt vielfältige Ausdrucksmöglichkeiten für einen „...lebendigen, interaktiven Bezug...“³⁴ zur Verfügung. So werden kreative Angebote eingesetzt, da diese Ausdrucksform „...sinnhaft und erhellend wirkt und Räume für Selbstexperimente“³⁵ zur Verfügung stellt. Somit geschieht es oft, dass aus einer eingeschränkten Interaktion ein lebendiger Dialog hervorgeht.³⁶ Hinsichtlich der Bedeutung kreativer Medien werden zwei Perspektiven zur Ressourcenaktivierung unterschieden. Zum einen werden kreative Medien „als stimulierender Reiz und als Erlebnis aktivierende Methode eingesetzt, um biografische Erinnerungen, Assoziationen und Emotionen auszulösen und zu aktivieren“³⁷. Zum anderen werden sie „als Medium des Ausdrucks, um biografisch relevante Themen gestalterisch zu bearbeiten, auszudrücken und durch schöpferischen Ausdruck zu bewältigen“³⁸ eingesetzt. Als kreative Medien bieten sich zum Beispiel die Arbeit mit Farben, Ton, Collagen oder Fotografien an. Des Weiteren können gestalterische Ausdrucksformen sich auf Tanz, Theater oder Pantomimendarstellung beziehen. „Das Erleben, aktiv und gestaltend tätig zu sein wird dabei zu einer durchgehenden und tragenden Erfahrung, die das Kohärenzgefühl, insbesondere das Gefühl der Handhabbarkeit (sense of manageability) stärkt“³⁹. Folgende Sachverhalte gehören zu den Vorteilen des Einsatzes kreativer Medien in der Biografiearbeit:

- „Psychische und emotionale Blockaden können gelöst werden
- Der Umgang, das Erfahren und Gestalten mit kreativen/künstlerischen Mitteln geben die Möglichkeit, ein neues Bild von sich zu gewinnen. Bisherige Vorstellungen hinsichtlich dessen, was man kann bzw. angeblich nicht kann, werden überwunden
- Die positiv erlebte Erweiterung der eigenen Möglichkeiten führt zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls
- Die Erweiterung der Ausdrucksmittel führt zu einem reicheren Erleben

³⁴ Hölzle & Jansen, 2009, S. 56

³⁵ Ebd. S. 56

³⁶ Vgl. Hölzle & Jansen, 2009, S. 55 ff.

³⁷ Hölzle & Jansen, 2009, S. 80

³⁸ Ebd. S. 80

³⁹ Hölzle & Jansen, 2009, S. 83

- Bildnerisch, szenisch und musikalisch - kreative Aktivitäten erschließen nonverbale Ausdrucksformen und Kommunikationsmittel
- Hemmschwellen werden abgebaut
- Gefühle, Erinnerungen und Gedanken werden aktiviert und die Wahrnehmung geschärft⁴⁰

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Produkterstellung durch unterschiedliche Medien einen kreativen Prozess abschließen und als biografisches Dokument angesehen werden können.⁴¹ Eine dritte Möglichkeit für den Beziehungsaufbau stellt der Bezug zu den Ressourcen dar. Klienten, welche sich teilweise unfreiwillig in Institutionen befinden, sind infolge des verminderten Selbstwertgefühls, der Anpassungsstörungen oder auch der Versagensängste etc. geprägt von ihren bisherigen Beziehungen, welche aus Belehrungen, Korrekturen und Negierung ihrer Kompetenzen bestehen. Der Beziehungsaufbau gestaltet sich unter den genannten Voraussetzungen als komplex. Die professionelle Fachkraft sollte den Aufbau der Beziehung nicht unter den bereits, dem Klientel bekannten, negierenden oder korrigierenden Äußerungen gegenüber treten. Der Hilfeprozess sieht Veränderungen des Problemverhaltens vor. Dahingehend ist eine stabile Beziehung erforderlich, um korrigierend gehört zu werden. Die Beziehung zwischen Klient und Fachkraft, basiert auf Wertschätzung und der Spiegelung von Potenzialen, um den Klienten zu einer Veränderung zu motivieren.⁴²

1.4.5 Funktionen und Ziele der Biografearbeit

Im Folgenden werden die übergeordneten Funktionen und Zielsetzungen der Biografearbeit, nach Hölzle, erläutert. Hier ist hervorzuheben, dass die Funktion und die Zielsetzung im jeweiligen Arbeitskontext und auf die Zielgruppe im Einzelfall angepasst werden muss. Die Funktionen werden in Bezugnahme zu den Theorien, die für das Verständnis von lebensgeschichtlicher Entwicklung und Lebensbewältigung bedeutsam sind, beschrieben.⁴³ Als erste Funktion nennt Hölzle zum einen die Identitätsentwicklung und Integration von Erfahrungen. Eine Bedrohung des Identitätsgefühls des Menschen kann durch folgende

⁴⁰ Hölzle & Jansen, 2009, S. 84

⁴¹ Vgl. Hölzle & Jansen, 2009, S. 80 ff.

⁴² Vgl. Hölzle & Jansen, 2009, S. 58

⁴³ Vgl. Hölzle & Jansen, 2009, S. 34 f.

Faktoren wie zum Beispiel biografische Brüche, persönliche Krisen oder auch durch Wendepunkte erfolgen. Um dies zu verhindern setzt die Biografiearbeit ein und unterstützt durch die drei bereits beschriebenen Zeitebenen die Entwicklung der Identität. Ein wichtiges Ziel stellt dabei die Stärkung und der Erhalt des Selbstwertgefühls dar. Die Stabilisierung und Hilfe zur Bewältigung sieht Hölzle als eine weitere wichtige Funktion an. In einer plötzlichen und neuen Umbruchsituation unterstützt und stabilisiert die Biografiearbeit, Menschen, die schwerwiegende, dramatische Erfahrungen erleiden mussten. Zu unterscheiden ist die primäre Bewertung, „welche Bedeutung eine Person dem Umweltereignis oder der Situation im Hinblick auf das eigene Wohlbefinden zuschreibt“⁴⁴ und die sekundäre „wie sie ihre eigenen Kompetenzen und Ressourcen zur Bewältigung der Situation einschätzt...“⁴⁵. Innerhalb der primären Bewertung liegen Unterschiede vor, ob ein Ereignis irrelevant, günstig/positiv oder als belastend bewertet wird. Belastende Ereignisse können als Schädigung/Verlust, als Bedrohung oder als Herausforderung eingeschätzt werden. Innerhalb der sekundären Bewertung ist die Bewältigungsstrategie entweder problembezogen oder auf die Regulierung der Emotionen ausgerichtet. Die Biografiearbeit kann unterstützend und erleichternd bei der Lebensbewältigung wirken. Zum einen wird das subjektive Erleben ausgedrückt und es erfolgt eine Auseinandersetzung mit der Situation. Zum anderen wird dem Betroffenen bewusst gemacht, dessen Ressourcen zur Bewältigung von Krisen und Veränderungen einzusetzen. Eine weitere wichtige Funktion der Biografiearbeit stellt die Aktivierung von Ressourcen dar. Dahingehend werden „...aktuelle und lebensgeschichtlich erworbene Ressourcen für den Umgang mit kritischen Lebensereignissen und biografischen Herausforderungen...“⁴⁶ aktiviert und verfügbar gemacht. Unter Ressourcen im Kontext Sozialer Arbeit wird verstanden: „positive Personenpotentiale und Umweltpotentiale, die von der Person

- zur Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse,
- zur Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben,
- zur gelingenden Bearbeitung von belastenden Alltagsanforderungen,

⁴⁴ Hölzle & Jansen, 2009, S. 39

⁴⁵ Ebd. S. 39

⁴⁶ Hölzle & Jansen, 2009, S. 42

- zur Realisierung von langfristigen Identitätszielen genutzt werden können und damit zur Sicherung ihrer psychischen Integrität, zur Kontrolle von Selbst und Umwelt sowie zu einem umfassenden biopsychosozialen Wohlbefinden beitragen⁴⁷.

Um Ressourcen zu erheben, bedarf es geeigneter Instrumentarien, welche aus dem therapeutischen Bereich zur Verfügung gestellt werden. Für den jeweiligen Arbeitsbereich stehen unterschiedliche Erhebungsinstrumente im Vordergrund, wie zum Beispiel die Genogrammarbeit, die Ressourcenkarten oder die Interviewleitfäden. Die Ressourcenaktivierung im Rahmen von Biografiearbeit lässt sich zum einen in die Nutzung der Lebensgeschichte als Ressourcenpool einteilen. Hierbei werden Ressourcen durch Erinnerung an positiv gelungene Aufgabenbewältigungen aktiviert. Durch dieses positive Gefühl der Selbstwirksamkeit können bereits vorhandene Ressourcen auf die aktuelle Lebenssituation beziehungsweise auf die neuen Herausforderungen übertragen werden. Diese Form der Aktivierung lässt sich auf alle Alters- und Zielgruppen übertragen. Eine genaue Beschreibung, der in früheren Zeiten bewältigten Aufgaben und Herausforderungen, ist für die Erinnerung an die vorhandenen Ressourcen förderlich. Wichtige Zugänge zur Ressourcenaktivierung stellen Medien, wie zum Beispiel Bilder oder Musik dar. Eine weitere Möglichkeit der Ressourcenaktivierung besteht in der Nutzung der Lebensziele als Ressource. Prägende Lebensziele werden gemeinsam mit dem Klienten besprochen und ausgestaltet. Wichtig ist dahingehend eine in die Zukunft blickende Zielentwicklung zu formulieren. Das erwünschte Ziel wird selbst zur Ressource, wenn es klar und lebendig von dem Klienten wahrgenommen und realisiert wird. Insgesamt erfolgt die Ressourcenaktivierung der Lebensziele „spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realisierbar und terminiert“⁴⁸. Als eine letzte Funktion wird die Kontinuität, Sinnfindung und Lebensplanung genannt. Lebensgeschichtliche Brüche stehen im Vordergrund und sind von dem Betreffenden zu verarbeiten. Dabei werden Lebenserfahrungen aus der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft miteinander verknüpft und als Bestandteile des persönlichen Lebens angesehen und in die weitere Lebensplanung integriert.⁴⁹

⁴⁷ Hölzle & Jansen, 2009, S. 43

⁴⁸ Hölzle & Jansen, 2009, S. 45

⁴⁹ Vgl. Hölzle & Jansen, 2009, S. 34 ff.

1.5 Ressourcenorientierte Biografiearbeit

Der vorangehende Gliederungspunkt, Funktion und Ziele der Biografiearbeit, stellt bereits als eine Funktion die Aktivierung von Ressourcen vor und beschreibt den Begriff Ressourcen im Kontext der Sozialen Arbeit. Hölzle definiert ressourcenorientierte Biografiearbeit wie folgt: „Ressourcenorientierte Biografiearbeit bedeutet, das Kohärenzgefühl und die biografischen Chancen zur Entwicklung psychischer Widerstandsfähigkeit in den Mittelpunkt zu stellen, d.h. sie zu erinnern, sie zu aktivieren und für die weitere Lebensplanung nutzbar zu machen“⁵⁰. Die ressourcenorientierte Biografiearbeit wird nach Hölzle wie folgt unterteilt:

- „Biografisch erworbene Ressourcen bewusst und nutzbar machen,
- Regie führen im eigenen Leben,
- Krisen als Herausforderungen und Lernchancen begreifen,
- das Gemeinsame im Individuellen entdecken“⁵¹.

Zunächst wird auf den erstgenannten Schwerpunkt näher eingegangen. In schwierigen Lebenssituationen stellen Ressourcen eine wichtige Quelle einer konstruktiven Lebensbewältigung dar. „Im Sinne der Resilienzförderung und Salutogenese gilt es, im Rahmen von Biografiearbeit den Blick auf die biografisch erworbenen Kompetenzen, Potenziale sowie stärkende (Lern-) Erfahrungen, Beziehungen und Vorbilder zu lenken, sie bewusst zu machen, um sie auf aktuelle und zukünftige biografische Herausforderungen übertragen zu können“⁵². Des Weiteren wird der zweite Schwerpunkt Regie führen im eigenen Leben vorgestellt. Der betroffene Mensch erkennt die eigenen Handlungsspielräume und Lebensgeschichten in seinem eigenen Leben. Dies erfolgt durch Fokussierung, Gestaltung und Erinnerung verschiedener Lebenssituationen. Das selbstbewusste Auftreten durch das Erleben und Ausdrücken der eigenen Kräfte „...stärkt die Person in ihrem kreativen Ausdruck und in ihrer Identität“⁵³. Krisen als Herausforderungen und Lernchancen zu verstehen, spiegelt eine weitere Bedeutung von Ressourcen für die Bewältigung biografischer Herausforderungen wieder. Negative, oftmals schmerzhaftes Lebenserfahrungen wer-

⁵⁰ Hölzle & Jansen, 2009, S. 77

⁵¹ Ebd. S. 77 ff.

⁵² Ebd. S. 77

⁵³ Hölzle & Jansen, 2009, S. 78

den von den Klienten besser angenommen, wenn dieser im Nachhinein die Zusammenhänge sinnhaft verstehen und erleben kann. Der betroffene Mensch geht im Einzelnen einer Reflexion nach und zeigt für sich bewusst die Stärken aus der Krise auf. Daraus lässt sich feststellen, dass diese sogenannten Stärken beziehungsweise die daraus gewonnen Erfahrungen im Umgang mit der Krise einen wichtigen Aspekt in der Biografiearbeit darstellen. Insgesamt trägt ein Gleichgewicht von Gewinnen beziehungsweise Verlusten und die bewusste Wahrnehmung von Handlungs- und Bewältigungskompetenzen „...prospektiv zur Entwicklung von Optimismus und Zuversicht bei“⁵⁴. Der letzte Schwerpunkt der ressourcenorientierten Biografiearbeit bezieht sich auf die Entdeckung des Gemeinsamen im Individuellen. Um das eigene Leben, in allen seinen Verläufen, Entscheidungen und auch zum Teil erlebten Träumen im Zusammenhang zu verstehen, muss eine Reflexion auf das Erlebte aus der Distanz erfolgen. „Der für das Kohärenzgefühl wichtige Verstehensprozess wird unterstützt durch die Reflexion und den Brückenschlag zwischen individueller subjektiver Erfahrung einerseits und kollektiven, historischen, gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie entwicklungspsychologischen Aufgabenstellungen andererseits“⁵⁵. Die Verarbeitung der Lebensgeschichten kann auch in einer Gruppenarbeit erfolgen und bietet mehrere Vorteile. Die Betroffenen können untereinander Gemeinsamkeiten und Unterschiede in ihrer eigenen Biografie feststellen und gemeinsam austauschen. Diese Auswertungen in der Gruppe können den Selbstreflexionsprozess eines jeden Einzelnen anregen. Eventuell entstehen auch Vorbilder, neue Ideen und Anregungen, welche für die individuelle Bewältigung des Lebens als Ressource genutzt werden kann.⁵⁶

⁵⁴ Hölzle & Jansen, 2009, S. 79

⁵⁵ Ebd. S. 79

⁵⁶ Vgl. Hölzle & Jansen, 2009, S. 77 ff.

2 Ressourcenorientierte Biografiearbeit in einer Sozialtherapeutischen Wohnstätte für chronisch psychisch kranke Menschen

Im zweiten Teil der Bachelorarbeit wird eine Sozialtherapeutische Wohnstätte, welche in ihrer therapeutischen und sozialpädagogischen Betreuung und Förderung ressourcenorientiert ausgerichtet ist, vorgestellt. Des Weiteren wird die Umsetzung der Biografiearbeit, welche auch aus den Anforderungen des Qualitätsmanagements hervorgehen, anhand einer Praxisanalyse dargelegt.

2.1 AWO Wohnstätten Bad Lausick

Die Sozialtherapeutische Wohnstätte Bad Lausick ist eine vollstationäre Einrichtung für erwachsene Menschen, mit einer chronisch psychischen Erkrankung / seelischen Behinderung, i.S. von § 53 SGB XII und der Eingliederungshilfeverordnung mit unterschiedlichen Hilfebedarf. Zu den Wohnstätten Bad Lausick gehört weiterhin das Ambulant Betreute Wohnen (ABW) in Bad Lausick. In der vorliegenden Arbeit wird diese Betreuungsform jedoch nicht näher betrachtet. Träger der Sozialtherapeutischen Wohnstätte Bad Lausick ist die Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West mit Sitz in Markranstädt. Der Träger versteht sich als Dienstleistungsunternehmen in Westsachsen und trägt die Verantwortung für die Einrichtungen in der Stationären Altenpflege und der Behindertenhilfe, welche älteren und behinderten Menschen Hilfe, Leistungen und Dienste anbieten. „Die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Einrichtungen orientieren sich in ihrer Arbeit an den Bedürfnissen der hilfebedürftigen älteren und behinderten Menschen, deren Lebenslagen und Erwartungen Orientierung und Maßstab für unser Handeln sind.“⁵⁷

2.1.1 Kosten- und Leistungsträger

Die Sozialtherapeutische Einrichtung ist eine Einrichtung i.S. von §75 SGB XII. Sie arbeitet auf der Grundlage einer Vereinbarung nach §75 Abs. 3 SGB XII i.V. mit dem Rahmenvertrag gemäß §79 Abs. 1 SGB XII für den Freistaat Sachsen

⁵⁷ Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West, 2014

vom 29.06.2006. Die Vereinbarung beinhaltet die Leistungsvereinbarung, in welcher der Inhalt, der Umfang und die Qualität der Leistungen beschrieben sind, sowie die Vergütungsvereinbarung, die sich aus Pauschalen und Beträgen der einzelnen Leistungsbereiche zusammensetzt. Die Prüfungsvereinbarung, welche die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen festlegt, bildet den dritten Teil der Vereinbarung. Die Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung werden zwischen dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband und dem Sozialhilfeträger abgeschlossen. Vereinbarungen nach §75 Abs. 3 SGB XII sind mit dem sachlich und örtlich zuständigen Sozialhilfeträger abzuschließen, in dessen Bereich der Standort der Einrichtung liegt.⁵⁸ Seit Beginn der 1990er Jahre existiert in Sachsen die Aufgabenverteilung zwischen dem überörtlichen und den örtlichen Sozialhilfeträgern. Der Kommunale Sozialverband Sachsen, im folgenden KSV Sachsen genannt, übernimmt dabei die Aufgabenkreise der überörtlichen Leistungsgewährung. Der § 13 des Sächsischen Gesetzes zur Ausführung des Sozialgesetzbuches definiert die wahrzunehmenden Aufgaben des KSV Sachsen. Demzufolge ist der KSV Sachsen, als überörtlicher Leistungsträger, unteranderen für die Leistungen der vollstationären, teilstationären und ambulanten Eingliederungshilfen in der Altersgruppe der 18 bis 65jährigen sachlich zuständig.⁵⁹ Mit Vollendung des 65. Lebensjahres übernimmt der örtliche Sozialhilfeträger unteranderen die Leistungen der Eingliederungshilfe. Nach § 10 des Sächsischen Gesetzes zur Ausführung des Sozialgesetzbuches sind als örtliche Sozialhilfeträger die Landkreise und kreisfreien Städte oder von ihnen gebildete Zweckverbände benannt. Folgerichtig, aber auch nach § 13 des Sächsischen Gesetzes zur Ausführung des Sozialgesetzbuches, ist der KSV Sachsen, als überörtlicher Sozialhilfeträger, für den Abschluss von Vereinbarungen nach §75 Abs. 3 SGB XII mit den Trägern von teilstationären und stationären Einrichtungen oder mit den Trägern von Diensten des ambulant betreuten Wohnens zuständig. Für jede Einrichtung ist eine gesonderte Vereinbarung abzuschließen. Die abgeschlossenen Vereinbarungen sind für alle Sozialhilfeträger verbindlich. Eine Differenzierung nach Kostenträgern erfolgt nicht.

⁵⁸ Vgl. Rahmenvertrag für den Freistaat Sachsen, 2006, S. 4-18

⁵⁹ Vgl. Kommunalen Sozialverband Sachsen, 2014

2.1.2 Räumliche Gliederung und Kapazität der Wohnstätte

Auf dem Gelände der Sozialtherapeutischen Wohnstätte Bad Lausick befindet sich das Wohnheim und die Außenwohngruppe. Im Folgenden werden beide Wohnformen beschrieben. Das Wohnheim stellt eine der höchsten Betreuungsintensitäten dar. Es können von daher nur behinderte Menschen aufgenommen werden, für die keine niedrigschwelligeren Angebote zur Deckung des Unterstützungsbedarfes ausreichen.⁶⁰ Die Klienten des Wohnheimes sind in drei voneinander getrennten Wohngruppen untergebracht. Aufgrund der räumlichen Bedingungen haben die Wohngruppen unterschiedliche Größen. In der Wohngruppe 1 leben 14 Klienten. Vier davon gehen tagsüber in die Werkstatt für behinderte Menschen nach Geithain arbeiten, so dass von 7:00-16:00 Uhr 10 Klienten in der internen Tagesstruktur betreut werden. 11 Klienten leben in der Wohngruppe 2, wovon ein Klient ebenfalls in der Werkstatt für behinderte Menschen arbeitet. Auch hier werden derzeit 10 Klienten in der internen Tagesstruktur betreut. In der Wohngruppe 3 leben acht Klienten. In dieser Wohngruppe befindet sich derzeit kein Mitarbeiter der Werkstatt. Aus diesem Grund werden alle acht Klienten in der internen Tagesstruktur betreut. In den Wohngruppen leben Menschen unterschiedlichen Geschlechts und Alters. In der Wohngruppe 1 und 3 stehen sowohl Einzel- und Doppelzimmer zur Verfügung. Dagegen stehen in der Wohngruppe 2 ausschließlich Einzelzimmer zur Verfügung. Jede Wohngruppe verfügt über Gemeinschafts-, Küchen- und Sanitärebereiche. Die räumliche Anordnung in den jeweiligen Wohngruppen gewährt angemessene persönliche Freiräume in familiärer Atmosphäre. Im Gebäude ist ein Aufzug installiert, so dass im Bedarfsfall körperbehinderte Klienten barrierefrei die vorhandenen Gemeinschaftsräume der Einrichtung vom Unter- bis zum 1. Obergeschoß erreichen können.⁶¹

Die Außenwohngruppe stellt eine weniger intensive Betreuungsform dar und dient als Übergang in das Ambulant Betreute Wohnen.⁶² Die Außenwohngruppe hat eine Kapazität von 11 Plätzen. Die Klienten leben in 3 Wohngruppen. Aufgrund der baulichen Gegebenheiten haben die Wohngruppen unterschiedliche

⁶⁰ Vgl. Kommunaler Sozialverband Sachsen, 2014

⁶¹ Vgl. Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West, 2013, S. 6

⁶² Vgl. Kommunaler Sozialverband Sachsen, 2014

Stärke. Ein Doppelzimmer und 9 Einzelzimmer sowie Gemeinschafts-, Küchen- und Sanitärbereiche stehen zur Verfügung.

2.1.3 Aufnahmekriterien

In die Sozialtherapeutische Wohnstätte Bad Lausick werden erwachsene Menschen aufgenommen, welche mit einer chronisch psychischen Erkrankung / seelischen Behinderung i.S. von § 53 SGB XII, vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sind, ohne Unterstützung ein eigenständiges Leben zu führen. Die Aufnahme erfolgt auf freiwilliger Basis und beginnt mit der Volljährigkeit. Vor der Aufnahme erhält jeder Interessent beziehungsweise künftiger Klient die vorvertraglichen Informationen, gemäß des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes. Auf Grundlage des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes § 8 Abs. 4 erfolgt keine Aufnahme in die AWO Wohnstätten Bad Lausick, wenn folgende Ausschlusskriterien vorliegen:

- „Personen, die noch nicht 18 Jahre alt sind.
- Personen, die geistig behindert sind.
- Personen, die Drogen, Alkohol und andere schädliche Substanzen (Pulver, Flüssigkeiten und ähnliches) dauerhaft eingenommen haben und somit abhängigkeitskrank sind.
- Personen, die laut Gutachten nicht soziotherapie- und gruppentherapiefähig sind.
- Personen, für die ein Beschluss gem. §1906 BGB des Amtsgerichtes vorliegt und die für eine bestimmte Zeit geschlossen geführt werden müssen.
- Personen, die grund- und behandlungspflegebedürftig sind“⁶³.

Ziel der Aufnahme ist es, die Klienten durch qualifizierte Betreuung, Förderung und Anleitung so zu fördern, dass sie im dafür notwendigen Zeitraum befähigt werden, ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben in einer anderen Wohnform zu führen.

⁶³ Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West, 2014

2.1.4 Statistische Auswertung psychischer Störungsbilder

In der nachfolgenden Statistik ist die Anzahl der Erkrankten nach den derzeit vorliegenden, diagnostizierten psychischen Störungen dargestellt. Es wurden die Diagnoseschlüssel von 44 Klienten des Wohnheimes und der Außenwohngruppe ausgewertet. Die horizontale Achse stellt dabei die Diagnoseschlüssel nach ICD-10-GM Kapitel V (F00-F99) dar. Die Anzahl der Erkrankten ist anhand der vertikalen Achse erkenntlich.

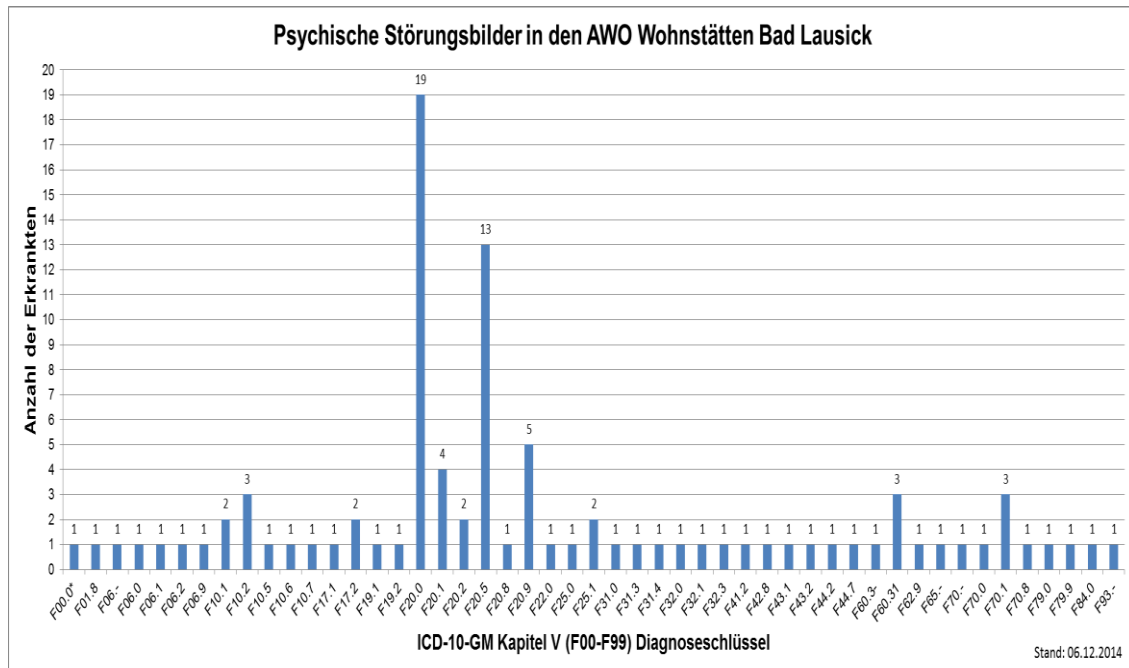


Abb. 1: Psychische Störungsbilder, eigene Darstellung

Insgesamt werden 49 verschiedene, psychische Krankheitsbilder mit unterschiedlicher Anzahl der Erkrankten in der Statistik dargestellt. Dies zeigt unter anderem, dass alle Akteure der Wohneinrichtung ein hohes fachliches Wissen und die notwendige Kompetenz im Umgang mit psychisch kranken Menschen aufweisen müssen, um eine qualifizierte Arbeit durchführen zu können. Bei einigen Klienten liegt eine Haupt- und Nebendiagnose vor. Das Diagramm zeigt anschaulich, dass die Diagnoseschlüssel F20.0 bis F20.9 am häufigsten in der Einrichtung vertreten sind. So ist deutlich erkennbar, dass alle Klienten des Wohnheimes und der Außenwohngruppe an einer Form der Schizophrenie leiden. Die paranoide Schizophrenie ist die psychische Störung, welche am häufigsten diagnostiziert wurde. Insgesamt sind 19 Klienten an dieser erkrankt. Wie bereits erwähnt, spiegeln sich die in der Anlage A-1 dargestellten psychischen Störungsbilder, außer der Gruppe F5, ebenso in der Statistik ab. Neben den

schizophrenen Erkrankungen stellen die nächsthöheren Krankheitsbilder, F10.1 und F10.2, die betroffenen Menschen mit psychischen Verhaltensstörungen, infolge des Alkoholmissbrauches dar. An diesen Krankheitsbildern sind insgesamt fünf Klienten erkrankt. Danach folgen die Krankheitsbilder mit folgenden Diagnosen, emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ F60.31 und die leichte Intelligenzminderung F70.1.

2.1.5 Ziele und Aufgaben der Wohnstätte

Das Wohnheim als komplementärer Dienst der vollstationären psychiatrischen Einrichtungen bietet psychisch kranken Menschen die Möglichkeit, ihre Lebensgrundlagen sicherzustellen. Ziel ist ein Leben in hoher Selbständigkeit und Eigenverantwortung, mit sich ständig reduzierender Unterstützung der Einrichtung, die nach dem Bezugsbetreuersystem arbeitet. Die Schwerpunkte liegen dabei im Bereich der Grundversorgung, bei der individuellen Lebensplanung und -gestaltung, aber auch bei der sozialen Interaktion im unmittelbaren Wohnumfeld sowie auch über den Wohnbereich hinaus und im Freizeitbereich. Die Hilfen werden personenzentriert und individuell geplant. Die Förderung von Klienten mit schweren Störungsbildern wird durch den Einsatz von zwei Deeskalationstrainern geleitet und geführt. Parallel dazu wird mit den Klienten entsprechend dieser Maßnahmepläne deeskalierendes Training, Gruppenfertigkeitstraining (Skills) und individuelle, kognitive Förderung durchgeführt. Ziel ist es, die Klienten zum Wechsel in eine andere Wohnform zu befähigen. In die Arbeit mit den Klienten werden die Angehörigen und gesetzlichen Betreuer einbezogen, die ein wichtiges Bindeglied zwischen Klienten und Mitarbeitern sind. Des Weiteren wird die Eingliederung in die Gesellschaft sowie die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft ermöglicht beziehungsweise erleichtert. Die ärztliche Grundversorgung wird über das Hausarztprinzip und die fachärztliche Versorgung über die Institutsambulanz des Diakoniewerkes Zschadraß gemeinnützige GmbH gewährleistet. Die Verhütung, Beseitigung oder Milderung der krankheits- und behinderungsbedingten Beeinträchtigungen und / oder ihrer Folgen stellt dabei ein weiteres Ziel dar. Die Klienten werden in ihrer Leistungsfähigkeit

gefördert, um sie zur Aufnahme einer Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen zu befähigen.⁶⁴

2.1.5.1 Interne Tagesstruktur

Die Tagesstruktur in der Wohnstätte ist weitestgehend einem normalen Tagesablauf angepasst, mit der Zielstellung einen selbstbestimmten, kontinuierlichen Tagesrhythmus aufzubauen. Die Klienten übernehmen die Mitverantwortung für das Leben in ihrer Wohngruppe und haben einen klar umrissenen Pflichtbereich zu bewältigen, der sie fordert und zu neuen Erkenntnissen führt. Der Pflichtbereich umfasst die persönliche Hygiene, hauswirtschaftliche Verrichtungen, den Komplex der Versorgung mit Einkauf, Vor-, Zu- und Nachbereitung der Mahlzeiten ebenso wie die Ergotherapie und die Einhaltung der Hausordnung. Die Ergotherapie dient dem Erhalt und der Förderung der handwerklichen und kognitiven Fähig- und Fertigkeiten, der sozialen Kompetenz, der Auseinandersetzung mit der Arbeitsaufgabe, sowie der Ausdauer mit dem Ziel, ein sichtbares Ergebnis zu erreichen, Selbstbestätigung zu finden und somit einen Schritt zur Wiedereingliederung in das Arbeitsleben zu leisten. In der Ergotherapie lernt der Klient, sich in die angepasste Aufgabenplanung und Durchführung mit eigenen Ideen einzubringen, seine Stärken zu nutzen und sein Wohnumfeld bewusst zu gestalten. Die Aufgaben orientieren sich am psychosozialen Entwicklungsstand und sind im individuellen Hilfeplan festgehalten, der im Einvernehmen mit dem jeweiligen Klienten und seinem gesetzlichen Vertreter erstellt wird. Die ergotherapeutischen Arbeitsfelder umfassen folgende Bereiche: Landschaftsgestaltung, Kräutergarten und Kräutermanufaktur, Kreativwerkstatt, sowie allgemeine hauswirtschaftliche Tätigkeiten.⁶⁵

2.1.5.2 Externe Tagesstruktur

Es besteht die Möglichkeit einer Beschäftigung in der Werkstatt für behinderte Menschen des Deutschen Roten Kreuzes in Geithain nachzugehen. Die Tagesgestaltung wird vom zeitlichen Ablauf dieses Arbeitsverhältnisses geprägt. Entsprechend des verfügbaren Zeitbudgets werden die erhöhten Anforderun-

⁶⁴ Vgl. Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West, 2013, S. 4

⁶⁵ Vgl. Ebd. S. 4

gen, die mit der beruflichen Tätigkeit einhergehen, koordiniert. Die individuelle Förderung beinhaltet auch hier den klar umrissenen Pflichtbereich, der sich im Umfang von dem in der internen Tagesstruktur abhebt und deren Mittelpunkt alltags- und kompetenzorientierte Aufgaben bilden, die die psychosozialen oder kognitiven Funktionen weiter fördern. Im Rahmen der Freizeitgestaltung stehen den Klienten ebenfalls die verschiedenen Zirkel und weiteren Angebote der Einrichtung zur Verfügung.⁶⁶

2.1.5.3 Freizeitgestaltung

In der Sozialtherapeutischen Wohnstätte werden Nachmittagsangebote in Form von Zirkeln angeboten. Folgende Zirkel stehen gegenwärtig zur Verfügung: Sport, Kreatives Gestalten, Singekreis, Stepptanzgruppe, Kognitives Training, Chronikgruppe, Englischzirkel. Die Zirkel und die damit verbunden therapeutischen Maßnahmen dienen der Förderung von Eigeninitiative und kreativem Handeln, Erwecken kultureller Interessen, Talentförderung, Förderung der Grob- und Feinmotorik, der Merkfähigkeit, des Auffassungsvermögen und des logischen Denkens. Das Wiedererwerben und die Weiterentwicklung vorhandener Interessen und Fähigkeiten werden, infolge einer aktiven Wahrnehmung der dargelegten Freizeitangebote, im Wesentlichen gefördert. Die Zirkel werden in Einzel- und Gruppenmaßnahmen durchgeführt. Des Weiteren finden Gruppenaktivitäten, innerhalb und außerhalb der Wohnstätte, statt. Diese fördern den Ausbau sozialer Beziehungen untereinander und tragen zur sozialen Integration in den gesellschaftlichen Alltag bei. Die Gruppenaktivitäten werden innerhalb der Wohngruppen durchgeführt, aber auch wohngruppenübergreifend, wobei einrichtungsspezifische Feste einen besonderen Höhepunkt darstellen. Öffentliche Führungen durch den Kräuterlehrpfad, die Besichtigung und das Erleben der Arbeit in der Kräutermanufaktur stellt ein besonderes Element der Öffentlichkeitsarbeit dar. Für die Einzel- und Gruppenfreizeitmaßnahmen werden auch gezielt die kulturellen Angebote der Städte Bad Lausick, Grimma und Leipzig genutzt, sowie die innerhalb der Stadt wirkenden Vereine. Jährlich wer-

⁶⁶ Vgl. Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West, 2013, S. 5

den gemeinsame Gruppenfreizeitmaßnahmen innerhalb Deutschlands durchgeführt.⁶⁷

2.1.6 Mitbestimmung

Nach § 12 der Heimmitwirkungsverordnung wählen alle vier Jahre (erforderlichenfalls eher) die Klienten der Sozialtherapeutischen Wohnstätte die Bewohnervertretung, die die Leitung der Einrichtung in allen, die Klienten betreffenden Entscheidungen berät und unterstützt. Die Mitwirkung ist in § 8 des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes und in der Heimmitwirkungsverordnung gesetzlich geregelt. Die Bewohnervertretung ist Bestandteil des sozialtherapeutischen Konzepts der Einrichtung und fördert die Mitverantwortung und soziale Kompetenz der Klienten.⁶⁸

2.1.7 Personalbedarf

In der Einrichtung werden Mitarbeiter gemäß der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur Durchführung des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes vom 05. September 2014 beschäftigt. Die personelle Besetzung richtet sich nach der aktuellen Verhandlung mit dem zuständigen Kostenträger, dem KSV Sachsen. Durch die unterschiedlichen beruflichen Erfahrungen und Qualifikationen, kann jeder Mitarbeiter seine Erfahrungen in die Gesamtarbeit einfließen lassen. In der Regel verfügen die Mitarbeiter über langjährige Erfahrung in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen und zum Teil über sozialpsychiatrische und sozialpädagogische Zusatzqualifikationen. An alle in den Sozialtherapeutischen Wohnstätten arbeitenden Mitarbeiter werden hohe fachliche Anforderungen gestellt.⁶⁹

⁶⁷ Vgl. Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West, 2013, S. 6

⁶⁸ Vgl. Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West, 2013, S. 7

⁶⁹ Vgl. Ebd. S. 7

2.2 Anwendung und Umsetzung der Verfahrensdokumente und Standards des Qualitätsmanagements unter dem Aspekt der ressourcenorientierten Biografiearbeit

Um den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit näher zu betrachten, werden die Verfahrensdokumente und Standards des Qualitätsmanagements, die einen Bezug zur Thematik darstellen, beschrieben. Des Weiteren wird deren Umsetzung, in Form einer Praxisanalyse, dargelegt.

Die Prozessbeschreibung Erstkontakt, welche die Abläufe zur Durchführung des Erstkontaktes mit dem Interessenten, seinen Angehörigen, rechtlich bestellten Betreuer oder Sozialarbeiter des Krankenhauses mit der Einrichtung regelt, führt auf, dass vor beziehungsweise nach Besichtigung der Einrichtung über die in der Konzeption beschriebenen Inhalte, insbesondere deren Ziele und Aufgaben, aber auch über deren Vernetzung mit anderen Angeboten gesprochen wird. Über das persönliche Gespräch, werden die individuellen Kundenanforderungen ermittelt und schriftlich festgehalten. Das anzuwendende Formblatt Besuchsprotokoll verfügt über vordefinierte Fragen und soll im Weiteren für eine erste Orientierung von den betreuenden Mitarbeitern angewandt werden. Es wird demnach das Allgemeinbefinden, der Gesundheitszustand und die aktuelle Situation erfragt. Schwerpunkte bilden hierbei die aktuelle Situation in Bezug auf die Alltagsbewältigung, die Strukturierung des Tages und der Tag-Nacht-Rhythmus des Interessenten. Des Weiteren werden Fragen zur familiären Situation, zur Kommunikation, nach Vorlieben und Abneigungen, Hobbys und Rituale, aber auch zu besonderen Lebensabschnitten, Schule, Ausbildung und Beruf und erstes Auftreten der Erkrankung gestellt. Nach Aufnahme des Interessenten steht jedem Klient ein Mitarbeiter der Wohngruppe als Bezugsbetreuer zur Seite. Die Bezugsbetreuung gewährt eine individuelle Betreuung und sichert eine ganzheitliche Begleitung und Unterstützung beziehungsweise Entwicklung aller zu betreuenden Klienten. Der Bezugsbetreuer ist Ansprechpartner für alle Belange des Klienten, aber auch für das soziale Umfeld des zu Betreuenden. Ein zentrales Kriterium der Bezugsbetreuung ist der Aufbau und die Gestaltung einer verlässlichen, vertrauensvollen und kontinuierlichen Beziehung, verbunden mit einer regelmäßigen Gesprächsführung. Die Teilhabe in der Gesellschaft und die Motivation zur Ausübung einer aktiven Freizeitgestal-

tung stellen einen weiteren wichtigen Aspekt der Zusammenarbeit dar. Zu den wesentlichsten Aufgaben des Bezugsbetreuers gehört weiterhin die Mithilfe bei der Erstellung und Auswertung des individuellen Hilfeplanes, aber auch der Abschluss von Vereinbarungen steht im Vordergrund. Die Krisenintervention und die Ausarbeitung von Problemlösungen im Rahmen von Teamberatungen unterstützen dabei den gesamten Förderprozess. Die Prozessbeschreibung Bezugsbetreuung sieht diesbezüglich eine vierteljährliche beziehungsweise jährliche Auswertung der Bezugsbetreuung vor. In der Auswertung wird zum einen die Zusammenarbeit ausgewertet. Zum anderen hat der Klient die Möglichkeit, die bestehende Bezugsbetreuung fortzusetzen oder über einen Wechsel des Bezugsbetreuers zu entscheiden. Die Aufnahme in das Wohnheim stellt für Menschen mit einer psychischen Störung eine Veränderung in den verschiedenen Bereichen dar. Dies betrifft unter anderem die Veränderung des Wohnumfeldes, insbesondere der veränderten räumlichen Bedingungen, einer veränderten Tagesstruktur und ein verändertes soziales Umfeld. Die Prozessbeschreibung Maßnahmebeginn / Integrationsphase benennt diese Veränderungen und beschreibt das Verfahren zur Gestaltung der Eingewöhnungsphase. Ziel ist es, dem Klienten ein Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit, Kontinuität und ein hohes Maß an Mitbestimmung zu geben. Der Bezugsbetreuer plant gemeinsam mit dem Klienten die Eingewöhnungsphase. Dahingehend werden die Aspekte des emotionalen Erlebens, das Kennenlernen der Einrichtung, die Integration und die Einbeziehung von Angehörigen und / oder des gesetzlichen Betreuers berücksichtigt. Des Weiteren ist auf vorhandene Informationen von Angehörigen, ehemaligen Betreuern, Ärzten, Therapeuten zurückzugreifen und der biografische Hintergrund des Klienten zu beachten. In diesem Zusammenhang wird erstmals auf das bereits beschriebene Formblatt Besuchsprotokoll verwiesen. Die dort erfassten Informationen werden in der Planung der Eingewöhnungsphase und in der Planung der Hilfen berücksichtigt. Die Evaluation der Eingewöhnungsphase erfolgt spätestens nach drei Monaten. Infolge einer erfolgreichen Eingewöhnung ist diese als beendet anzusehen. Ist das Ziel der Eingewöhnung nicht erreicht worden, muss die Planung überarbeitet und die Maßnahmen zur Eingewöhnung erneut durchgeführt werden. Abläufe zur Planung der Hilfen und Leistungserbringung regelt die gleichnamige Prozessbeschreibung. Eine Grundlage für eine professionelle und klientenbezogene, indi-

viduelle Hilfeplanung stellen hierbei aktuelle Informationen dar. Informationsquellen können Angehörige, Freunde oder andere Bezugsquellen sein. Die Praxis zeigt jedoch, dass diese besonders wichtigen Informationsquellen nur noch selten vorhanden sind. Zum einen kann dies damit begründet werden, dass Klienten des mittleren beziehungsweise hohen Erwachsenenalters über kein Elternteil mehr verfügen. Zum anderen haben sich Angehörige und Freunde, infolge der bereits beschriebenen negativen Stigmatisierung psychisch kranker Menschen, abgewendet. Eine weitere Ursache ist, dass aufgrund der Chronifizierung und der Schwere der Erkrankung die betroffenen Menschen sich aus dem sozialen Umfeld zurückgezogen haben und keinen Kontakt mehr nach außen wünschen. Wenn die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit Angehörigen besteht, werden diese zu Festen und Feiern und zu Angehörigenabenden eingeladen. Die Förderung eines regelmäßigen Kontaktes zu den Angehörigen stellt einen weiteren wesentlichen Teil der Integration dar. Der Klient wird auch dahingehend motiviert, dass er seine Angehörigen regelmäßig im eigenen Wohnumfeld aufsucht. Die Angehörigen eines Klienten werden nicht ausschließlich als Informationsquelle angesehen. Diese können gegebenenfalls auch bei Krisen positiv auf den Betroffenen einwirken und somit im Sinne der Krisenintervention unterstützend wirken. Der rechtliche Betreuer, andere Institutionen wie zum Beispiel Kliniken, andere Wohneinrichtungen für psychisch kranke Menschen und behandelnde Ärzte stellen weitere Informationsquellen dar. Die Praxis zeigt, dass vielfach generalisierende Vorurteile im Sinne des bekannten psychisch kranken Menschen übermittelt werden und keinen objektiven, wertfreien Hintergrund erkennen lassen. Diese Schlussfolgerung lässt sich auf weitere Informationsquellen wie zum Beispiel ärztliche Unterlagen und Gutachten und vorhandene Beobachtungs- und Entwicklungsberichte reproduzieren. Die wesentlichste Informationsquelle stellt somit der Klient selbst dar. In der Einrichtung wird die Lebensgeschichte des Klienten mithilfe eines standardisierten Biografiebogens erfasst. Im gemeinsamen Gespräch erfragt der Bezugsbetreuer persönliche Daten, wie zu Ausbildung und Beruf, aber auch Persönlichkeitsmerkmale. Des Weiteren stellt er Fragen zur Religionszugehörigkeit, über die bisherige Lebenssituation, den Interessen / Gewohnheiten und den Umgang mit existentiellen Erfahrungen. Der Bezugsbetreuer orientiert sich in Folge dessen an Fakten und Beobachtbarem, welche die Lebensgeschichte

des Klienten darstellen. Die Ermittlung des Hilfebedarfes erfolgt auf der Basis der ermittelten Informationen, welche in der Auswertung multiperspektivisch betrachtet werden müssen. Dabei ist die Selbsteinschätzung des Klienten und die Einschätzung des Bezugsbetreuers zu beachten. In einem gemeinsamen Hilfeplangespräch werden die vorhandenen Ressourcen und der individuelle Unterstützungsbedarf ermittelt. Außerdem werden die vereinbarten Maßnahmen und Ziele definiert und in einem Hilfeplan dokumentiert. Die Durchführung der geplanten Maßnahmen und Hilfen, welche in der gleichnamigen Prozessbeschreibung beschrieben sind, finden im gesamten Tagesablauf statt. Die Erkenntnisse aus den ermittelten Informationen des Klienten finden sich in der Tagesstruktur wieder. Insbesondere werden die aus der Biografie bekannten, aber auch die im weiteren Verlauf erworbenen Fähig- und Fertigkeiten für den Klienten bewusst und nutzbar gemacht.

3 Fazit

In der vorliegenden Arbeit untersucht der Autor, inwieweit sich die ressourcenorientierte Biografiearbeit auf den Entwicklungs- und Bewältigungsprozess chronisch psychisch kranker Menschen auswirkt. In der Einleitung stellt der Verfasser der Arbeit sein berufliches Tätigkeitsfeld vor und geht auf den betreffenden Personenkreis, welche in der Sozialtherapeutischen Wohnstätte leben, ein. Des Weiteren stellt er fest, dass alle Klienten über unterschiedliche Lebenserfahrungen aus der Vergangenheit, aber auch aus der Gegenwart verfügen. Daraus schlussfolgert er, dass alle Klienten verschiedene, gesellschaftliche Rahmenbedingungen innerhalb ihrer Lebensgeschichte kennengelernt haben.

In dem ersten Teil der Arbeit kann infolge der verschiedenen Begriffsdefinitionen zusammenfassend gesagt werden, dass psychisch kranke Menschen aufgrund ihrer Erkrankung von persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen betroffen sind. Es lassen sich Einschränkungen in den verschiedensten Lebensbereichen nachweisen. Wie dargelegt, können aktuelle Lebensereignisse, aber auch zurückliegende, belastende Lebenssituationen die Entwicklung einer psychischen Störung fördern. Der Autor geht der Frage nach, inwieweit psychisch kranke Menschen in der Gesellschaft stigmatisiert werden und kommt zu dem Ergebnis, dass eine negative Stigmatisierung der erkrankten Menschen vorliegt. Der Verfasser zieht den Rückschluss, dass die Betroffenen sich als defizitär erleben und passive Reaktionsvarianten entwickeln. In dieser Arbeit wurde nachgewiesen, dass besondere Situationen der Lebensgeschichte eines Menschen in Form der biografischen Dokumentation festgehalten werden. Im Gegensatz dazu, erinnern sich Menschen nur bedingt an alltägliche und leidvolle Erfahrungen. Diese Teile der Lebensgeschichte werden nur schwer akzeptiert und bewältigt. In der vorliegenden Arbeit wurde anschaulich dargelegt, dass professionelle Biografiearbeit in allen Lebensphasen eines jeden Menschen erfolgen und angewandt werden kann. Der Verfasser belegt, dass die Biografiearbeit eine strukturierte Methode darstellt. Schlussfolgernd wird festgestellt, dass die biografische Arbeit Menschen bei der lebendigen Gestaltung ihrer Biografie, unter Anerkennung ihrer jeweiligen sozialen Wirklichkeit unterstützt.

Im zweiten Teil der Arbeit analysiert der Autor die Umsetzung der ressourcenorientierten Biografiearbeit in einer Sozialtherapeutischen Wohnstätte für chronisch psychisch kranke Menschen. In diesem Teil der Ausführung hat der Autor seine bisherige Praxiserfahrung und die Anforderungen, die das Qualitätsmanagement vorsieht, in die Praxisanalyse eingebunden. Der Autor stellt die Ergebnisse der Analyse im Folgenden vor.

Das bei der Besichtigung eines Interessenten anzuwendende Formblatt betrachtet der Autor in der Anwendung des Erstkontaktes als kritisch. Die Praxis zeigt, dass nicht jeder Interessent, die biografisch und psychosozial ausgerichteten Fragen zu diesem Zeitpunkt der Erstbesichtigung beantworten kann und möchte. Für den Fragestellenden selbst, stellt es sich als unangenehm und prekär heraus, einen Menschen, welcher nach einer schweren psychischen Episode und / oder einem langanhaltenden Klinikaufenthalt auf der Suche nach Unterstützung ist, die Fragen zu seiner Persönlichkeit und zu seiner Lebensgeschichte zu stellen. Der Autor stellt sich die Frage, wenn ein chronisch psychisch kranker Mensch auf der Suche nach einer für ihn so wichtigen Hilfe und Unterstützung ist, welche Chancen und Möglichkeiten sieht er selbst in der Beantwortung der gestellten Fragen. Eine eindeutige Beantwortung dieser Frage ist zum derzeitigen Stand nicht möglich, da diese Frage nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist. Die Prozessbeschreibung und das dazugehörige Formblatt lässt zunächst keinen direkten Anhaltspunkt im Sinne der Biografiearbeit erkennen. Daraus schließt sich, dass die erhobenen Daten als ein Bestandteil des Aufnahmeprozesses anzusehen sind und damit für die Entscheidungsfindung im Sinne einer oder gegen einer Aufnahme entsprechen. Des Weiteren birgt diese Form der Datenerhebung auch die Gefahr, dass die Mitarbeiter der Einrichtung, bereits vor Aufnahme des neuen Klienten in die Einrichtung, ein stereotypes Urteil bilden, ohne den Menschen bereits kennengelernt zu haben. Deshalb, auch im Sinne weiterer Betrachtungsmöglichkeiten, ist die Sensibilität des Fragestellenden erforderlich. Die hier angeführten Kritikpunkte müssen hinsichtlich der erforderlichen Überarbeitung der Prozessbeschreibung Beachtung finden, um den Erstkontakt beziehungsweise das Aufnahmeverfahren für alle Beteiligten, insbesondere aus der Sicht des Interessenten, als angenehm und förderlich zu gestalten.

Der Verfasser kommt zu dem Ergebnis, dass in der beschriebenen Einrichtung eine ressourcenorientierte Entwicklungsförderung der Klienten, gemäß des Auftrages, im Mittelpunkt steht. Dahingehend stellt ein wesentliches Ziel die Erlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit dar. Der Autor merkt an, dass die Klienten Hilfestellungen zur Nutzung von Ressourcen erhalten, jedoch werden diese primär zur Befriedung ihrer Grundbedürfnisse, zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben und zur Alltagsbewältigung angeboten. In der Einrichtung wird die Biografie der Klienten im gemeinsamen Gespräch erfragt. Der Bezugsbetreuer orientiert sich in Folge dessen an den harten Daten, welche die Lebensgeschichte des Klienten darstellen. Der Autor stellt fest, dass zu beobachten ist, dass Klienten mit einer handwerklichen Berufsausbildung sich im Rahmen der Ergotherapie die anstehenden Tätigkeiten auswählen, die ihren Berufsbild, ihren Kenntnisstand naheliegend sind und deren Erfüllung sie sich sicher sind.

Die dargestellten Ergebnisse rechtfertigen die Aussage, dass die Ressourcen im Sinne der Biografiearbeit nicht genutzt werden und die Lebensgeschichte der Klienten nicht aufgearbeitet wird. Wünschenswert wäre, dass das bewusste Einsetzen von ressourcenorientierter Biografiearbeit als Perspektive zur Entwicklung psychischer Widerstandsfähigkeit und als methodischer, intersubjektiver Zugang in der Einrichtung etabliert wird.

Der Autor stellte in seiner Arbeit folgende These auf:

Aufgrund des Paradigmenwechsels, aber auch aufgrund der langjährigen und der zum Teil weit vorangeschrittenen psychischen Erkrankung, möchten die betroffenen Menschen nicht über ihre Lebenserfahrungen aus der Vergangenheit und Gegenwart sprechen.

Der Autor gelangt anhand der Literaturrecherche, der Praxisanalyse und seiner bisherigen Berufserfahrungen zu folgendem Ergebnis:

Der Autor stimmt der oben genannten These nicht zu.

Die erkrankten Menschen geben Einblicke aus ihrem Leben bekannt. Festgehalten werden muss jedoch, dass diese Aussage nicht pauschalisiert werden kann. Infolge instabiler Phasen treten Störungen des Erlebens, des Fühlens, der Erinnerung und des Bewusstseins usw. auf. Unter den angeführten Symptomen leidet der Betroffene, zieht sich gegebenenfalls in diesen Phasen zurück und gewährt demzufolge in solchen Lebensphasen keinen Einblick in sein Inneres.

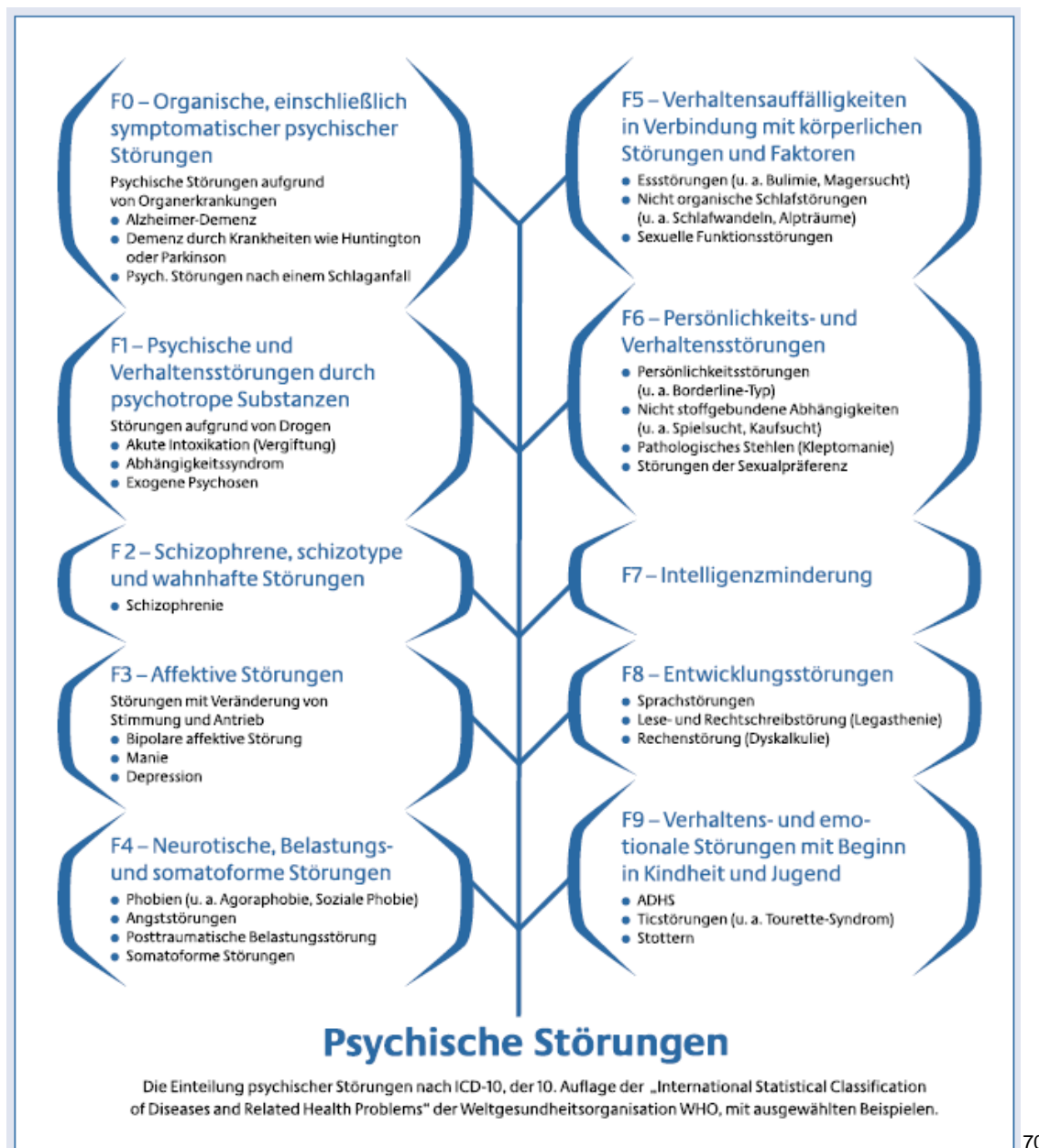
Des Weiteren geht der Verfasser der Frage nach, inwieweit sich die ressourcenorientierte Biografiearbeit auf den Entwicklungs- und Bewältigungsprozess chronisch psychisch kranker Menschen auswirkt.

Der Autor gelangt in seiner Arbeit zu der Erkenntnis, dass eine wichtige Funktion der Biografiearbeit die Aktivierung von Ressourcen darstellt. In der vorliegenden Arbeit wird belegt, dass die ressourcenorientierte Biografiearbeit in vier Schwerpunkte eingeteilt werden kann. Ressourcen spiegeln eine wichtige Quelle einer konstruktiven Lebensbewältigung wieder. Der Mensch erkennt die eigenen Handlungsspielräume und Lebensgeschichten in seinem eigenen Leben. Um Krisen als biografische Herausforderungen zu verstehen, werden Ressourcen für die Bewältigung bewusst eingesetzt. Die Lebensgeschichte kann durch das gemeinsame im Individuellen verarbeitet werden. Somit lässt sich zusammenfassend sagen, dass sich die ressourcenorientierte Biografiearbeit positiv auf den Entwicklungs- und Bewältigungsprozess der erkrankten Menschen auswirkt.

Anlagen

A-1: Einteilung psychischer Störungen nach ICD-10.....	40
--	----

A-1: Einteilung psychischer Störungen nach ICD-10



⁷⁰ Petry, Schulte zu Sodingen, Kreutzkamp, Werner, & Heinze, 2011, S. 16

Literaturverzeichnis

Literaturquellen

Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West (04. 02. 2013): Konzeption der Einrichtung. Bad Lausick, Sachsen, Deutschland.

Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West (2014): Anlage 1 zu vorvertraglichen Informationen. Bad Lausick, Sachsen, Deutschland.

Fuchs, H. (2006): Was versteht man unter "chronischer Krankheit"? *Die chronische Krankheit im Recht der medizinischen Rehabilitation: Inwieweit werden chronisch Kranke nach den geltenden Vorschriften besonders berücksichtigt?* Düsseldorf, Deutschland.

Hölzle, C., & Jansen, I. (Hrsg.) (2009): *Ressourcenorientierte Biografiearbeit: Grundlagen - Zielgruppen - kreative Methoden*. (1. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petry, A., Schulte zu Sodingen, C., Kreutzkamp, B., Werner, S., & Heinze, J., (Bundesministerium für Bildung und Forschung, Hrsg.), (2011): Was alles auf der Seele brennt. *Seele aus der Balance - Erforschung psychischer Störungen*. S. 15-17. Berlin.

Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für den Freistaat Sachsen. (29. Juni 2006). Dresden.

Literaturquellen

Schwarzer, W. (2004): *Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik*. (5., unveränd. Aufl.). (W. Schwarzer, Hrsg.) Dortmund: Deutschland, Borgmann.

Specht-Tomann, M. (Hrsg.) (2009): *Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege*. (1. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Internetquellen

Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West, (2014): *Über uns: Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West*. <http://www.awo-sachsen-west.de/ueber-uns>, verfügbar am 06. Dezember 2014 um 17:34 Uhr.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, (2014): *ICD-10-GM Version 2015/Kapitel V - Psychische und Verhaltensstörungen: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/chapter-v.htm>, verfügbar am 08. Dezember 2014, um 20:23 Uhr.

Dudenverlag, Bibliographisches Institut GmbH, (2014): *psychisch: Duden*. <http://www.duden.de/rechtschreibung/psychisch>, verfügbar am 06. Dezember 2014 um 17:08 Uhr.

Gräber, René, (13. Oktober 2011): *Chronische Erkrankungen und Chronische Krankheiten: NaturHeilt.com*. <http://www.naturheilt.com/Inhalt/ChronischeKrankheit.htm>, verfügbar am 05. Januar 2015 um 21:47 Uhr.

Internetquellen

Kommunaler Sozialverband Sachsen, (2014): *Außenwohngruppe: Kommunaler Sozialverband Sachsen*. <http://www.ksv-sachsen.de/menschen-mit-behinderung/leistungen/betreute-wohnformen/aussenwohngruppe>, verfügbar am 06. Dezember 2014 um 19:50 Uhr.

Kommunaler Sozialverband Sachsen, (2014): *Sozialhilferecht: Kommunaler Sozialverband Sachsen*. <http://www.ksv-sachsen.de/home/ueber-den-ksv-sachsen/aufgabenbereiche/sozialhilferecht>, verfügbar am 06. Dezember 2014 um 20:56 Uhr.

Kommunaler Sozialverband Sachsen, (2014): *Wohnheime: Kommunaler Sozialverband Sachsen*. <http://www.ksv-sachsen.de/menschen-mit-behinderung/leistungen/betreute-wohnformen/wohnheime>, verfügbar am 06. Dezember 2014 um 22:39 Uhr.

Neurologen und Psychiater im Netz, (2014): *Psychiater/Psychische Erkrankungen: Neurologen und Psychiater im Netz*. <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/psychiatrie/>, verfügbar am 13. Dezember 2014 um 08:03 Uhr.

Erklärung zur selbstständigen Anfertigung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel „Ressourcenorientierte Biografiearbeit und deren Einfluss auf den Entwicklungs- und Bewältigungsprozess chronisch psychisch kranker Menschen“ selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Wermsdorf, 29. Januar 2015

.....

Frank Held